

# Hjerneflukt til Norge

## *Norges normative ansvar ved rekruttering av helsepersonell fra fattige land*

Guro Hortemo Odden



Masteroppgave i statsvitenskap, Institutt for  
Statsvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2010



# Hjerneflukt til Norge

*Norges normative ansvar ved rekruttering av  
helsepersonell fra fattige land*

*Guro Hortemo Odden*

Antall ord: 18 467

© Guro Hortemo Odden

2010

Hjerneflukt til Norge. Norges normative ansvar ved rekruttering av helsepersonell fra fattige land.

Guro Hortemo Odden

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo.

# Sammendrag

Oppgaven tar for seg hvorvidt Norge bør gjøre noe med rekruttering av helsearbeidere til Norge med bakgrunn i at hjerneflukt kan være skadelig for de fattige opprinnelseslandene. Thomas Pogge mener i utgangspunktet at vi bør hjelpe der vi har påført skade og forårsaket den urettmessig dårlige situasjonen. Aktiv rekruttering av helsepersonell *kan* likevel forsvares med bakgrunn i de teoretiske rammeverkene til Pogge. Dette forutsetter imidlertid at rekruttering ikke har hatt, eller vil få, skadelige effekter for land som etterpå risikerer å være under Pogges grunnlinje for overlevelse. Der hvor land under grunnlinjen skades bør Norge helst avvikle rekruttering av helsepersonell, eventuelt begrense den og sørge for tilstrekkelig kompensering.

Der hvor Pogge mener at å avstå fra å skade er tilstrekkelig, argumenterer jeg gjennom Peter Singers teori for at det bør kunne kreves at rike land gjør noe også utover dette. Pogges grense for hva som er skadelig favner for snevert, eventuelt bør større vekt ilegges positive plikter til å assistere de fattige til et bedre helsetilbud, fattigdomsreduksjon og utvikling. Konklusjonen blir fremdeles, etter å ha tatt i betraktning Singers teori, at Norge først og fremst bør avvikle rekruttering av helsepersonell fra fattige land der det risikerer resten av befolkningens eksistensgrunnlag. I tillegg bør vi også, der vi kan, begrense rekruttering fra et bredere utvalg av fattige land der rekruttering har skadelige effekter, til tross for at det ikke umiddelbart risikerer å bryte med Pogges grunnlinje, samt bidra til å legge til rette for en videre gjenoppbygging av helsesektoren gjennom for eksempel utdanning.



# Forord

Tusen takk til mine veiledere Robert Huseby og Kim Angell for verdifulle råd og inspirerende diskusjoner underveis. Dere har vært til uvurderlig hjelp til å holde meg på sporet og samtidig kontinuerlig utfordret meg og oppmuntret meg til å gå grundigere ned i spennende, nye farvann.

Tusen takk til Jon Espelid i Helsedirektoratet for verdifulle tips om kilder og empiriske nyanser, samt gjennomlesing av deler av oppgaven. Takk til Fritt Ord for stipend. En stor takk til Dan Banik for å ha smitta meg med sitt faglige engasjement over flere studieår og for inspirasjon som førte til valg av tema til masteroppgaven. Tusen takk til mine fantastiske medstudenter for viktige kaffipauser og godt selskap i opp- og nedturer. Takk til Ingunn Johannessen for gjennomlesing, samt gode råd og nok trening som har bidratt til et relativt kaldt hode og frisk kropp. Takk til alle som har interessert seg i hva jeg skriver om og til de som har latt meg beholde en virkelighet også utenfor Blindern. Jeg har hatt stor glede og nytte av dere alle sammen.

Tusen takk til min Øystein for at du nådeløst har lest korrektur på diverse utgaver av oppgaven, og for at du har gitt meg tid og rom til å jobbe så mye jeg har ønsket. Takk for at du alltid støtter og oppmuntrer meg – det har gitt meg pågangsmot til å prøve å strekke meg enda litt lengre.





# Innholdsfortegnelse

1	Hjerneflukt i norsk kontekst.....	1
1.1	Problemstilling og avgrensninger .....	2
1.2	Metode og teori.....	6
2	En plikt til å hjelpe? .....	11
2.1	Positive og negative plikter .....	11
2.2	Pogge – plikt til ikke å skade.....	14
3	Hjerneflukt i helsesektoren – globalt og til Norge.....	23
3.1	Hjerneflukt – begrepet og fenomenet .....	23
3.2	Hjerneflukt og utvikling .....	25
3.3	Norges rekruttering av helsepersonell .....	27
3.4	Mulige tiltak .....	30
4	Vurdering av hjerneflukt i Pogges teoretiske kontekst.....	35
4.1	Er hjerneflukt skadelig?.....	35
5	Er Pogges svar tilstrekkelig?.....	43
6	Hva bør Norge gjøre med hjernefluktspørsmålet?.....	49
7	Oppsummering.....	54
	Litteraturliste.....	58



# 1 Hjerneflukt i norsk kontekst

Emigration helps those who leave, but it can have perverse effects on those left behind, especially if it selectively removes the educated. [...]The countries of the bottom billion are already desperately short of qualified people, and the situation is likely to get worse. [B]y draining these countries of their talent, migration is more likely to make it harder for these nations (Collier 2008: 94–95).

Mange fattige land er i desperat mangel på en velfungerende helsesektor. En velfungerende helsesektor krever både leger, sykepleiere og administrativt helsepersonell. En helsesektor hvor en betydelig andel av disse migrerer til land som kan gi bedre arbeidsbetingelser fungerer ikke fullstendig og selvstendig, til tross for at store mengder bistandsmidler tilføres landet. Rike land har selv en helsesektor å ta hensyn til, og etterspørsel etter kvalifisert arbeidskraft stiger stadig. Samfunnsøkonom Paul Collier har sagt at utvandringen av kapital fra den fattigste milliarder mennesker i verden kun var den første fasen av fattiges integrering i verdenssamfunnet. Den andre fasen vil være utvandringen av utdannede mennesker (Collier 2008: 94). En stat med for få utdannede mennesker på viktige felt stiller dårlig i utviklingsprosessen, og dette blir særlig tydelig i helsesektoren. Internasjonal migrasjon av helsearbeidere er en kompleks global utfordring. Problemstillingen som skal diskuteres i denne masteroppgaven er: *Bør Norge gjøre mer, ifølge Pogge, for å begrense rekruttering av helsepersonell fra fattige land?*

I denne oppgaven skal jeg vise at rekruttering av helsearbeidere påfører helsearbeideres opprinnelsesland skade. En drenering av yrkesgrupper rike land har behov for, slik som helsearbeidere, vil ha negative konsekvenser for de fattige opprinnelseslandene og samtidig gå på akkord med mål for utvikling. Et helsesystem er en forutsetning for utvikling. Mangelen på kvalifiserte helsearbeidere er et større hinder for utvikling enn mangel på finansiering når det gjelder implementering av helsetiltak (WHO 2006: 19–20). Normative spørsmål oppstår ofte når det er snakk om utenrikspolitiske beslutninger og praksis. Utenrikspolitiske beslutninger kan legitimeres på ulike måter, for eksempel gjennom religion, som del av en militærpolitisk strategi, gjennom normer eller lovverk, eller i henhold til internasjonalt omdømme. I denne oppgaven skal jeg vurdere en del av norsk utenrikspolitikk fra

Pogges normative perspektiv. Gjennom hans teori vil jeg vise at hjerneflukt skader de fattige.

I en vid forstand skal norsk utviklingssamarbeid ”baseres på menneskerettighetene” ifølge Utenriksdepartementet (2009a: 51). En viktig forutsetning for at menneskerettighetene skal kunne nås i mange fattige land er blant annet at utdanning og kompetanse, det vil si menneskelig kapital, ikke dreneres ut av landene. Norge har mange ulike forpliktelser som også er mye mer detaljkonkrete og forpliktende enn Den Internasjonale Menneskerettighetserklæringen hittil har vært, som for eksempel Oslo Ministeral Declaration som jeg kommer tilbake til i kapittel 2. Det vil også fremgå gjennom oppgaven at hjerneflukt også er i konflikt med Norges egne uttalte mål, men dette engasjementet vil være irrelevant for Pogge og vil derfor ikke være et sterkt fokus i analysen. Det finnes likevel flere problematiske sider ved hjerneflukt som gjør at det er til hinder både for utvikling og fattigdomsbekjempelse uavhengig av om globalt engasjement eksisterer, noe jeg skal komme tilbake til i kapittel 3. I dette kapittelet går jeg først gjennom problemstillingen og avgrensninger i forhold til oppgaven, mens jeg i 1.2 kommer med noen betraktninger om teori og metode.

## **1.1 Problemstilling og avgrensninger**

Oppmerksomheten rundt konflikten med hjerneflukt fra fattige til rike land har økt de siste årene. Fenomenet er et av problemområdene blant annet Helsedirektoratet mener er aktuelle også i norsk helsesektor (Espelid 2010; Helsedirektoratet 2008, 2009a; Sosial- og helsedirektoratet 2007). På globalt og europeisk nivå vier både OECD og WHO hjerneflukt stor oppmerksomhet (OECD 2008; WHO 2008). Det er imidlertid et område hvor det foreløpig er gjort lite forskning og utredning i norsk sammenheng, til tross for prognoser om at hjerneflukt kan bli et stort problem. Norge ønsker offisielt ikke å tappe fattige land for deres helsearbeiderressurser, men opplever samtidig en sterk nasjonal etterspørsel etter helsearbeidere. Økte krav i den norske befolkningen om forbedring i helsetilbudet gjør at en utredning om balansegangen mellom nasjonal selvforsyning av helsepersonell og internasjonal rekruttering er aktuell. Norge ville

vært interessant også uavhengig av sine offisielle uttalte forpliktelser, som jeg seinere vil bruke Pogges teori til å argumentere for. Uavhengig av de offisielle forpliktelsene Norge har i forbindelse med hjerneflukt, vil vi fortsatt være interessante med bakgrunn for eksempel i at Norge er et svært rikt og ressurssterkt land. Norges forpliktelser kan tolkes som en aksept av en overordnet moralsk plikt, og gi et sterkere initiativ til å overholde disse.

Jeg ønsker å se på samfunnsmessige aspekter ved hjerneflukt og moralske dilemmaer knyttet til fenomenet sett hovedsakelig fra de rike landenes ståsted. Dette vil diskuteres altså, som nevnt i innledningen av oppgaven, gjennom å se på *hvorvidt Norge bør gjøre mer for å begrense rekruttering av helsepersonell fra fattige land ifølge Pogge*.

## **Migrasjon**

Migrasjon på tvers av statsgrenser er et område av internasjonal politikk som ofte blir debattert normativt både nasjonalt og internasjonalt. Beslutninger som tas i helsesektoren i ett land får raskt effekter for andre land, både direkte og indirekte (OECD 2008: 58; WHO 2008: 5). Store variasjoner i lønnsbetingelser og hvor enkelt det er å få arbeidstillatelse, er eksempler på dette. For eksempel vil det oppmuntre til økt migrasjon dersom et land med gode lønnsbetingelser gjør det enklere å få arbeidstillatelser, noe som samtidig kan gi andre land insentiver til å gjøre det enda enklere å få arbeidstillatelse for å få dekket *sine* arbeidstakerbehov. En analyse fra OECD *avviser* at hjerneflukt i seg selv er hovedgrunnen til at fattige utviklingsland opplever en sterk underbemanning innen helsesektoren, men hevder fremdeles at hjerneflukt bidrar sterkt til å gjøre helseproblemene *akutte* i mange land (OECD 2008: 63). Det at hjerneflukt blir avvist som hovedgrunn til underbemanning i fattige land oppfatter jeg som et argument for at årsaksmekanismene er komplekse og det er vanskelig å påføre én av faktorene det fulle ansvar.

Migrasjon er en naturlig følge av økt globalisering – det er blitt lettere, billigere og raskere å forflytte seg over lengre distanser. Det er en menneskerettighet og en grunnleggende frihet å kunne emigrere fra et land – ”[e]veryone has the right to leave any country, including his own”, som Artikkel 13 (2) i

Menneskerettighetserklæringen slår fast (gjengitt fra Glendon 2001: 312). Det er imidlertid ingen menneskerettighet å få immigrere i et annet land med mindre man flykter fra forfølgelse og gis rett til asyl ut i fra et behov om beskyttelse. Samtidig har alle mennesker en rett til en tilstrekkelig levestandard for overlevelse, ”a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care”, slik det står i Artikkel 25 i Menneskerettighetserklæringen (gjengitt fra Glendon 2001: 313). Et primærhelsetilbud for alle mennesker i verden er allerede en global helse- og utviklingsprioritet, blant annet gjennom FNs tusenårsmål og menneskerettighetene (FN-sambandet 2010; Utenriksdepartementet 2010). Menneskerettighetserklæringen er først og fremst forpliktelser til å beskytte en stats *egne* borgere, men er i stadig økende grad også forpliktelser på tvers av landegrenser og i global kontekst. En rett til migrasjon vil fort kunne komme i konflikt med andres rett til et tilstrekkelig helsetilbud og levestandard. Likevel, lite er gjort for å forhindre arbeidskraftmigrasjon, og økt globalisering de siste tiårene har økt graden av migrasjon særlig innenfor helsesektoren (WHO 2006: 101).

## **Avgrensninger**

Hjerneflukt kan absolutt diskuteres generelt og uavhengig av arbeidsimmigranternes utdannings- og arbeidsbakgrunn. Jeg skal her likevel konsentrere meg om helsesektoren, da jeg argumenterer for at denne har en klar kobling mot utviklingsproblematikk og er et felt som er aktuelt i forhold til Norge og norske forpliktelser og arbeidsområder. Jeg diskuterer utdanning og kvalifikasjoner ikke bare som en enkeltpersons investering i egen framtid, men mer en investering gjort av samfunnet for å kunne betjene sin befolkning med helsetjenester i tilstrekkelig mengde og kvalitet. *Samfunnsperspektivet* på migrasjon og utvikling vektlegges altså sterkest i diskusjonen om Norges forhold til hjerneflukt, ikke individets muligheter til for eksempel økonomisk avansement, selv om også dette er en faktor som spiller inn. Jeg ønsker ikke å legge begrensninger på individets rett til å søke lykken i andre land, men vil derimot konsentrere meg om *staters* plikt til å sørge for internasjonale systemer som ikke skal legge til rette for systematisk tapping av utdannede mennesker fra fattige til rike land. Selv om hjerneflukt og rekruttering av helsepersonell ifølge Pogge

medfører skade, er jeg ikke ute etter å finne en form for tvangsmekanisme som sørger for å holde alle helsearbeidere i opprinnelseslandet, men hvilke tiltak som kan treffes både på et internasjonalt og nasjonalt nivå som gjør det mer attraktivt for helsearbeidere å være der det er mest behov for dem.

Migrasjon over landegrenser er noe som skjer både mellom fattige land, mellom rike land, og i begge retninger mellom de to gruppene land. Jeg skal imidlertid her, som sagt, diskutere tendensen med stor grad av migrasjon fra fattige til rike land, hvor arbeid er hovedmotivasjon, altså *hjerneflukt*. Oppgaven går ikke nærmere inn på migrasjon som følger av for eksempel flukt fra krig og konflikt, selv om denne typen migranter også ofte vil ha et mål om å skaffe seg arbeid sekundært etter å ha kommet i sikkerhet. Fattige stater har et sterkt insentiv til å begrense hjerneflukt fra sitt eget land, men her undersøkes fenomenet fra de rike landenes side. Dermed er det mest interessant å se på hvorvidt den *aktive* rekrutteringen av arbeidskraft fra fattige land til rike land påfører skade. Hjerneflukt som begrep og fenomen kommer jeg tilbake til i kapittel 3.

Begrepene fattige og rike land brukes her i svært vid forstand, som språklige forenklinger, og ikke som rene dikotomier. Fattige land vil være sårbare for rekruttering på grunn av dårlig egendekning av helsepersonell, og ofte vil dette være land som også kategoriseres som utviklingsland. I oppgaven tar jeg særlig for meg de aller fattigste landene i verden, som på grunn av hjerneflukt av helsearbeidere ikke kan mønstre et helsetilbud som tilfredsstiller et minimumskrav. Fattige land har en situasjon innenfor helse som plasserer befolkningen under en minimumsgrense for overlevelse, det vil si under den Lockeanske grunnlinjen. Rike land vil i vid forstand betegne velstående vestlige land som har et stadig høyere aldersgjennomsnitt og et økende krav til helsepersonelldekning. Helsearbeidere omfatter relativt bredt alle som er ansatt i helsesektoren, fra medisinsk personell til administrativt ansatte man er avhengige av for å ha fungerende helseforetak.

## 1.2 Metode og teori

Normativ teori tar for seg etiske og moralske dimensjoner ved handlinger eller hendelser. Normativ teori omfatter "questions relating to standards of behaviour, obligations, responsibilities, rights and duties" (Evans og Newnham 1998: 382), altså hvordan standarder for hvordan oppførsel, forpliktelser, ansvar, rettigheter og plikter bør være. Særlig har normative studier av politiske forhold fokusert på den moralske viktigheten av stater og grenser, etikk i krig og fred, menneskerettigheter, intervensjon, og rettferdighet i internasjonal distribusjon (Evans og Newnham 1998: 382). Normative studier tar med andre ord for seg hvorfor noe bør være som det er, eller hvorfor og hvordan ulike forhold bør forandres. En normativ diskusjon kan gjerne ha opprinnelse i et empirisk spørsmål eller uenighet, og kan finne en felles enighet i en dypereliggende, grunnleggende etisk verdi eller oppfatning (Moellendorf 2009: 123). Empiriske og normative studier kan være vanskelig å skille helt fra hverandre, fordi en normativ analyse ofte har en empirisk innfallsvinkel, og en empirisk analyse sjelden vil oppfattes av alle som fullstendig normativt nøytral. Å anvende ulike normative argumenter på empiriske problemstillinger kan by på vanskeligheter. Det kan ofte være vanskelig å komme til en konklusjon og begrunnelse alle er helt enige i. Dette vil blant annet vise seg i kapittel 5 der jeg diskuterer Pogge i lys av Peter Singers argumenter. Likevel, uten den normative diskusjonen vil vi i hvert fall sjeldent komme fram til en moralsk forsvarbar løsning på en vanskelig situasjon. Et negativt funn eller en manglende sammenheng vil også ha forskningsverdi, noe det er viktig å være åpen for i analyseringen.

Oppgaven hviler på en sterk oppfatning om at alle utenrikspolitiske beslutninger jevnlig bør utsettes for etiske og moralske avveininger. Utenrikspolitiske beslutninger bør være riktige og gode handlinger så langt det er mulig, og samlet sett være konsistent. Allerede eksisterende normer og rammeverk vil måtte ligge til grunn for en diskusjon om nåværende og nye beslutninger. Dan Banik (2010: 204–205) trekker fram verdien en normativ studie kan ha for samtidige politiske prosesser, ved at etablerte normer og praksis settes opp mot et nytt etisk rammeverk. En gjennomarbeidet politisk struktur vil gi bedre, og bedre tilpassede, virkninger og



praksis. Etiske retningslinjer for rekruttering av helsepersonell har fått gjennomslag i stadig flere land. Storbritannia var ett av de landene som var tidligst ute med et frivilling og ikke rettslig bindende rammeverk for rekruttering fra andre land. Slike retningslinjer skal bidra til en rekruttering som skal forsøke å la være å skade fattige opprinnelsesland man rekrutterer fra (OECD 2008: 69). Norge har foreløpig ikke nedfelt slike etiske retningslinjer på området. Den offentlige statlige holdningen til slik rekruttering formidler likevel en generell holdning om at rekruttering ikke skal skade opprinnelseslandet. Medlemsland i WHO skal også motvirke aktiv rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland som opplever kritisk underbemanning av helsearbeidere (WHO 2010). Målet med denne oppgaven er å belyse et aktuelt utenriks- og utviklingspolitisk tema fra en normativ vinkling på en måte som kan belyse hva Norges posisjon på området ut ifra den valgte normative teorien *bør* være.

Kildemateriellet i denne oppgaven har i stor grad vært publiserte, skriftlige arbeider i form av vitenskapelige verk, antologier og fag- og tidsskriftartikler, samt foreliggende statlige rapporter og utredninger. Gjennom Jon Espelid, ved avdeling for internasjonalt arbeid i Helsedirektoratet, har jeg fått tilgang til relevant informasjon om både hjerneflukt og helsesektoren. Espelid har bidratt med korreksjon og informasjonsoppdatering av tidligere publisert materiell, der det har vært politiske eller faglige endringer som foreløpig ikke er publisert. Det er gjort lite forskning på hjerneflukt i direkte forbindelse med Norge, derfor velger jeg også å dra nytte av noe forskning og empiriske eksempler fra andre land for å kunne belyse problemstillingen og fenomenet. Lite tyder på at tendensen i lignende land skulle avvike sterkt fra Norge. Det er nærliggende å anta at arbeidsmigrasjon til land med felles språk, for eksempel mellom tidligere kolonier og kolonimakter, er både raskere og mer omfattende enn arbeidsmigrasjon til Norge vil være og har vært. Norge kan med andre ord ha kommet kortere i prosessen og kan ha mulighet til å treffe preventive tiltak mot hjerneflukt. Elementer fra den forestående normative diskusjonen om hvordan Norge bør forholde seg til hjerneflukt vil, også kunne overføres til andre land som rekrutterer helsearbeidere. Selv om jeg tar for meg Norge er det ingen grunn til å tro at ikke også sammenlignbare land har de samme eller tilsvarende pliktene. Norge er likevel valgt som tilfelle for å kunne konkretisere den empiriske delen av oppgaven i forhold til

myndighetenes tiltak og motivasjon. Det gir mulighet til å gå mer i dybden angående kunnskap om hjerneflukt til Norge, og eventuelle konkrete tiltak for og imot fenomenet. Overførbarhet til andre land må begrunnes nøye i hvert tilfelle. Dette er ikke gjort her, men kan være en fruktbar videreføring av forskningstemaet.

## **Normativ teori**

Valget av Pogges teoretiske perspektiv for å belyse problemstillingen er gjort fordi han er en av dagens fremste og mest omdiskuterte rettferdighetsteoretikere. Til tross for at hans uttalelser om ansvar og plikt for mange representerer et kontroversielt ståsted, eller snarere nettopp derfor, er det forskningsverdi i å analysere en empirisk problemstilling i lys av denne teorien. Ulike rettferdighetsteoretikere er svært uenige om hvor mye ulike faktorer teller i forhold til likhet, fordeling og forpliktelse til å hjelpe. Peter Koller (2009: 103) skiller for eksempel mellom universelle krav om rettferdighet som sier at *alle* har et moralsk krav vis-à-vis alle andre uavhengig av sosiale relasjoner, og de rettferdighetskrav som i større grad er kontekstavhengig. Rettferdig fordeling av goder og byrder, rettigheter og plikter, krever en akseptabel fordelingsmåte for alle involverte parter. Prinsippet om likebehandling krever at goder og byrder fordeles *likt* mellom alle partene, med mindre en skjev fordeling rettferdiggjøres på en måte som er akseptabelt for alle parter (Koller 2009: 105). Pogge er ikke tilhenger av en slik absolutt rettferdig fordeling, og mener at vi kun skal hjelpe der vi selv har vært delaktige i å påføre skade eller urett.

Fenomenet hjerneflukt kan gjerne diskuteres rent deskriptivt, for eksempel ut ifra ulike økonomiske perspektiver og effektiv lokalisering av ressurser. En normativ analyse gir imidlertid en vurdering ut ifra etiske prioriteringer. Ved å gå gjennom Pogges argumenter, for deretter å anvende dem på hjernefluktproblematikken, vil jeg komme fram til hvorvidt Pogges teori mener rekruttering av helsepersonell fra fattige til rike land er etisk forsvarlig eller ikke.

## **Oppgavens struktur**

I det første kapittelet er problemstillingen for oppgaven nå presentert, sammen med både en empirisk og normativ begrunnelse, og en drøfting av metodiske problemer og utfordringer. I kapittel 2 vil jeg som nevnt gå gjennom Pogges teori, mens den empiriske bakgrunnen redegjøres nærmere for i kapittel 3. I kapittel 4 drøfter jeg hvorvidt Pogges teori vil anse hjerneflukt som skadelig, mens jeg i kapittel 5 vil diskutere hvorvidt Pogges svar er tilstrekkelig. I kapittel 6 vil jeg se på hva som bør gjøres med hjernefluktspørsmålet i Norge, og til slutt oppsummerer jeg hva jeg har konkludert med.



## 2 En plikt til å hjelpe?

Thomas Pogge er en av dagens ledende stemmer innenfor debatten om global rettferdighet. Han skiller mellom positive og negative rettigheter og plikter, et skille jeg skal gjøre nærmere rede for før jeg går gjennom Pogges argumentasjon i forbindelse med ansvar og rettferdighet ved fattigdoms- og fordelingsproblematikk.

### 2.1 Positive og negative plikter

En negativ plikt er plikten til ikke å skade eller gjøre noen urett, og en negativ rettighet er dermed en rettighet til ikke å bli utsatt for slik skade eller urett. En negativ rettighet er for eksempel retten til ikke å bli utsatt for tortur eller til å få sin ytringsfrihet innskrenket, som begge er del av menneskerettighetene.<sup>1</sup> Positive plikter krever at man aktivt handler eller gir tilgang til et gode, for eksempel gjennom at det i Norge skal være ytringsfrihet. Staten har en positiv plikt til å sørge for et slikt gode blant annet gjennom å tillate frie medier og andre trygge arenaer for meningsytringer. Staten har samtidig en negativ plikt til ikke for eksempel ikke å skade ytringsfriheten ved å fengsle de som ytrer seg kritisk til staten. Samtidig har statsborgere i Norge har en negativ rettighet til ikke å få dette godet innskrenket.

Negative plikter krever altså at man ikke skader andre eller påfører andre urett. Pogge foreslår å kalle ”*negative* any duty to ensure that others are not unduly harmed (or wronged) through one’s own conduct and to call *positive* the remainder: any duty to benefit persons or to shield them from other harms” (Pogge 2008: 136). Pogge legger selv stor vekt på negative plikter i sine diskusjoner, og setter i det ytterste spørsmålstegn ved selve *eksistensen* til positive plikter (Pogge 2008: 136). Likevel bruker han samtidig en del plass i flere av sine arbeider til å diskutere positive plikter og deres viktighet i funksjon av seg selv og som del av et plikthierarki, som jeg kommer tilbake til senere, og forholder seg i praksis ikke så strengt til sin egen påstand om kun å diskutere negative plikter. Slik jeg tolker dette vil positive plikter ikke være

---

<sup>1</sup> Artikkel 5 og 19 i Den Internasjonale Menneskerettighetserklæringen (se for eksempel Glendon 2001: 311).

irrelevante i forhold til å utrydde fattigdom, men i stor grad være utilstrekkelige uten negative plikter ifølge Pogge.

Alle har plikt til ikke å påføre andre skade, eller i det minste minimere skaden – ”one should minimize the harm one will cause others” (Pogge 2008: 137). Man bør altså, slik jeg forstår Pogge, handle slik det er hensiktsmessig. Man må vurdere hvorvidt det er mest hensiktsmessig å avstå fra å skade eller kompensere for den skaden man påfører. Samtidig har vi ifølge Pogge ikke noe ansvar for andres skadelige handlinger, og denne analysen baserer seg derfor i hovedsak om hva Norge bør gjøre i forhold til rekruttering av helsepersonell, og ikke hva Norge bør gjøre dersom også andre land gjør de samme tiltakene. Vi kan distansere oss selv ”from undue harms foreigners suffer only insofar as these harms are not our own doing” (Pogge 2008: 138).

Hvorvidt Pogge mener vi har et ansvar for urett eller skade som er påført av andre enn oss selv, men hvor vi også indirekte og uten å motsette oss det tjener på handlingen, er noe uklart. Det kan bli et svært innviklet definisjonsspørsmål å avgjøre hvilke tilfeller en stat er en direkte eller indirekte aktør i internasjonale strukturer, og gjennom institusjoner og organisasjoner. Samtidig vil det være vanskelig å definere konkret hvem som i hvert tilfelle har vært direkte med på å initiere strukturer som har vist seg å være skadelige. Jeg vil derfor gjøre en antagelse om at så lenge man er, eller burde vært, klar over skaden man er med på å påføre andre, samt har muligheten til å avverge eller minimere skaden, så vil det å avstå fra å gjøre noe for å stoppe opprettholdelsen av disse strukturene, være brudd på negative plikter. Som det vil bli tydelig senere i oppgaven gir Pogge sterkt inntrykk av at som aktør i det globale samfunnet er rike land en direkte del av de strukturene som fører til negative konsekvenser for de fattige.

### **Mellomliggende og positive plikter**

En brutt negativ plikt medfører i første omgang et ansvar for å avslutte bruddet på den negative plikten og skaden eller uretten man påfører andre. Deretter følger, i kraft av Pogges teori, en plikt til å kompensere for den skaden som tidligere er påført. Plikten til å kompensere kan umiddelbart oppfattes som av positiv karakter ved at den skal

gjøre noe for noen eller gi noen tilgang til et gode, men kommer ifølge Pogge direkte av et brudd på en moralsk plikt og blir derfor omtalt som en mellomliggende (*intermediate*) plikt (Huseby 2008: 3). Plikten til å kompensere er isolert sett positiv, men i konteksten med å ha brutt en annen moralsk plikt er den for Pogge en mellomliggende plikt nettopp fordi det er en kompensasjonshandling.

Det er ikke noe som kommer i veien, ifølge Pogge, for å gjøre gode handlinger eller oppfylle positive rettigheter der hvor negative plikter ikke er brutt. Å fylle positive rettigheter er ansett som en god ting å gjøre, men ikke noe som er forventet og påkrevd. Singer er uenig, og mener alle har en positiv plikt til å bistå alle som lider helt til man selv får det verre enn dem man skal hjelpe ved å gi mer. Det beste er å hjelpe de som lider mest, for slik å oppnå maksimal nytteeffekt. Uavhengig av om det er en positiv eller negativ rettighet man fyller, noe Singer for øvrig mener er et skille som ikke gir mening, så er det å hjelpe andre som lider ikke bare en god handling, men også det moralsk riktige å gjøre ifølge Singer (1972; 2004b: 21). Kompensasjon kommer jeg tilbake til i kapittel 3.2, mens uoverensstemmelsene mellom Pogge og Singer diskuteres nærmere i kapittel 5.

### **Plikter og rettigheter – et hierarki**

Ulike typer plikter kan organiseres hierarkisk, og negative plikter til ikke å skade andre med egne handlinger er rangert høyest opp for Pogge. Deretter følger positive plikter overfor dem man er i slekt med, de man omgås mye, andre i samme stat, og til slutt positive plikter overfor fremmede. Negative plikter er like sterke uavhengig av geografisk avstand og andre typer relasjoner mellom aktørene. Positive plikter varierer derimot med nærhet og relasjon til de man skal hjelpe. Positive plikter oppfattes ofte som både sterkere og lettere å overholde overfor det som er nært og kjært, til tross for at Pogge ut ifra plikthierarkiseringen mener negative rettigheter er både viktigere og samtidig holder sin styrke selv om avstand er stor og relasjoner svake (Pogge 2004: 279). Fullbyrdelse av positive plikter vil ikke føre til en løsning på et fattigdomsproblem annet enn i teoretiske eksempler, men kan fungere som en start i forhold til å redusere skadeomfanget. Pogges normative argument for dette belyser han med eksempelet om en person som banker opp familien sin. Han banker dem nå opp

sjeldnere enn før, eller kompenserer ved å gi dem dyre gaver. Dette gjør fremdeles skade som ikke forsvinner før personen fullstendig oppfyller sin negative plikt til ikke å skade andre med handlingene sine (Pogge 2008: 23).

Det er flere som kritiserer oppdelingen Pogge gjør av rettigheter og plikter i disse to kategoriene. En av disse er Henry Shue, som poengterer at negative rettigheter ikke klarer seg uten positive handlinger når de negative skal hindres eller rettes opp igjen. "[T]he protection of 'negative rights' requires positive measures" (Shue 1996: 39) hevder han, men dette blir avfeid av Pogge som kaller dette en mellomliggende plikt som skal kompensere for urett (Pogge 2008: 26). Pogges mellomliggende plikt kommer jeg nærmere tilbake til senere i dette kapittelet. Shue mener også at Pogges måte å skille mellom positive og negative rettigheter er umulig å definere fordi rettigheter og plikter er for komplekse. Sammen med blant annet Peter Unger, er Shue også uenig med Pogge angående positive pliktens viktighet. Pogge mener at positive plikter til å hjelpe fattige i andre land "are rather feeble, meaning that it isn't very wrong of us to give no help at all" (Pogge 2005: 5). Der Pogge mener at det ikke alltid er fullstendig galt å avstå fra å hjelpe, er Shue, Unger og Singer av den helt motsatte oppfatning.

## **2.2 Pogge – plikt til ikke å skade**

By seeing the problem of poverty merely in terms of assistance, we overlook that our enormous economic advantage is deeply tainted by how it accumulated over the course of one historical process that has devastated the societies and cultures of four continents (Pogge 2004: 262).

Pogge mener at aktører i verden i utgangspunktet ikke har en plikt til å bidra til å utrydde fattigdom. Men ettersom rike land i lengre tid har utnyttet og skadet andre land for sin egen vinnings skyld, og således har vært pådrivere for utviklingen av global fattigdom, vil rike land likevel ha et ansvar for å avvikle, eller i minste fall begrense, det globale fattigdomsproblemet. Vi har ikke et allment ansvar for å assistere de fattige, men ut ifra vår plikt til ikke å skade, og til å kompensere når vi eventuelt skader, har vi et ansvar for å rette opp igjen urett (Pogge 2004: 262). "[T]he affluent are harming the global poor and have a shared negative responsibility to work toward



the eradication of severe poverty worldwide” (Pogge 2007a: 6). I den grad vi har en plikt til å gripe inn der kun andre har vært ansvarlige for påføring av skade, vil denne plikten være positiv og ikke påkrevd.

Negative plikter gjelder for alle. Hvem Pogge mener disse *alle* består av er ofte litt uklart, da han gjerne omtaler aktører i kollektiv forstand. Som oftest gir han likevel inntrykk av at aktørene han omtaler er individer eller også grupperinger av individer som handler sammen. Pogges fordeling av ansvar oppfatter jeg i utgangspunktet at ligger på individnivå. Individer kan holdes ansvarlige for institusjonelle skadelige handlinger, selv om disse er kollektivt påført, fordi de selv er medlem av, og gjennom demokratisk kontroll og økonomisk støtte har akseptert, institusjonen som påfører handlingene (Ashford 2009: 197; Pogge 2008: 141). På samme måte som de ved demokratisk valgt medlemskap har akseptert en delegering av beslutningsmakt, kan de også gjennom de samme demokratiske funksjonene trekke denne tilbake (Pogge 2008: 126–135). Det er et viktig premiss for Pogge, men samtidig svært kontroversielt, at dersom det er slik at den globale økonomiske strukturen bidrar til å opprettholde fattigdom, samtidig som rike lands regjeringer deltar aktivt i å skape og opprettholde en slik struktur, så vil “deprivation of the distant needy [...] engage not merely positive duties to assist but also more stringent negative duties not to harm” (Pogge 2004: 265). Negative plikter er, som redegjort for i kapittel 2.1, mye viktigere for Pogge enn positive. Forsakelse av fattige, til tross for at de befinner seg langt borte, bryter våre negative plikter til ikke å skade, og gir oss også mellomliggende plikter til å kompensere og hjelpe.

[T]he global poor have a compelling moral claim to some of our affluence and that we, by denying them what they are morally entitled to and urgently need, are actively contributing to their deprivations [W]e are behaving unjustly toward the global poor by imposing on them the lasting effects of historical crimes, or by holding them below any credible state-of-nature baseline (Pogge 2005: 4).

Det er lett å opprettholde noe man selv tjener på, eller i det minste la være å gjøre noe aktivt med det. Gjennom kompensering veier vi til en viss grad opp for påvirkningen skadelige strukturer som vi tjener på har på fattige land. Der hvor kompensering fra rike til fattige ikke er stor nok til å veie opp for de negative konsekvensene fattige land påføres, kaller Pogge kompenseringen *re-redistribusjon*. Det er totalt sett ikke en

omdistribuerer fra rike til fattige, men en institusjonell omdistribuerer totalt sett fra fattige til rike. Kompensasjon vil redusere påvirkningen urettferdige strukturer, som rike land urettmessig tjener på, gir fattige land, men kompenseringen veier ikke i tilstrekkelig grad opp for skaden som er påført i utgangspunktet (Pogge 2004: 278).

## **Lockeansk Proviso**

For å kunne måle hvorvidt noe medfører skade, og eventuelt er et brudd på en negativ eller positiv plikt, er det naturlig å ta utgangspunkt i det Pogge kaller en *baseline*, en grunnlinje for sammenligning. Én grunnlinje er å se hvordan situasjonen var for fattige tidligere, og se hvorvidt og i hvilken grad man i dag kan se forbedringer (Pogge 2007b: 40). En annen måte å sammenligne i forhold til en grunnlinje er å sammenligne dagens situasjon med en tenkbar alternativ utvikling. Ved å sammenligne med en alternativ utvikling kan vi diskutere hvorvidt den faktiske utviklingen har vært unødig skadelig eller kanskje det beste alternativet likevel. Det er samtidig vanskelig å vite sikkert hvordan utviklingen *kunne* vært. En tredje grunnlinje kalles *Lockeansk Proviso*, og er den jeg vil benytte meg av videre i oppgaven. Denne grunnlinjen fremholder at “in a pre-institutional state of nature, persons have equal moral claims on all natural resources” (Pogge 2008: 143). I en pre-institusjonell naturtilstand, antar John Locke, er ting som moderne teknologi ikke viktig, men alle skal ha tilstrekkelig tilgang til grunnleggende ting for å overleve, som nok mat, rent vann, klær og beskyttelse (Pogge 2008: 144). Mange mennesker mangler dette i verden i dag og opplever også ekskludering fra en aktiv deltakelse i verdensøkonomien. Selv om alle bør ha tilgang til disse grunnleggende godene, må enhver persons ”unilateral appropriations in a state of nature [...] leave ’enough, and as good’ for others” (Pogge 2008: 143). Grunnlinjen baserer seg på at alle har en rettighet til ikke å bli fratatt – og en plikt til å la andre ha tilsvarende – tilgang til livsnødvendige og grunnleggende faktorer for overlevelse. Dette er en begrensning som må betegnes som en viktig negativ plikt som må overholdes strengt av hensyn til andre. For eksempel vil vi skade andre unødig dersom vi ”impose upon them a social order under which they do not have access to such a minimal economic position” (Pogge 2008: 144). Pogge omtaler selv grunnlinjen som upresis, men mener den tjener formålet sitt – uansett hva man legger i denne

naturtilstanden som er utgangspunktet til grunnlinjen kan det ifølge Pogge ikke være meningen at den skal involvere lidelse og tidlig død i den målestokk som er tilfelle i dag (Pogge 2005: 3). Grunnlinjen krever ikke bare en sosial orden som øker dagens gjennomsnittlige levestandard, der mange åpenbart lever under den minimale grensen for overlevelse, men legger også et visst krav på distribusjon og fordeling.

Et minimum for overlevelse må ifølge Pogge også forutsette et minimum av helsebeskyttelse og -tilbud. Dermed vil en kritisk mangel på helsearbeidere og derav et manglende helsetilbud bidra til at grunnlinjen *ikke* oppfylles. Motsatt kan det også sies at grunnleggende helse og tilgang til helsepersonell er en forutsetning for å fylle kravene for grunnlinjen. Vi skader andre, åpenbart og unødig, dersom “their extreme poverty is foreseeable, avoidable, and cannot be justified by anything they have done” (Pogge 2008: 145). Ekstrem fattigdom medfører skade. At slike livsforhold eksisterer er et åpenbart brudd på en negativ plikt for det øvrige samfunnet til ikke å skade da det verken er umulig å forutse, umulig å unngå eller er rettferdiggjort gjennom de fattiges egne handlinger. Ifølge Pogge medfører et system skade når det med viten og vilje gjennom vedvarende strukturer – der det kunne vært unngått – fører til brudd på menneskerettighetene (Pogge 2005: 4). Mange av faktorene som er forutsetninger for et minimum av en levestandard, overlapper med de grunnleggende frihetene i Menneskerettighetserklæringen. Den Lockeanske grunnlinjen er den som er lettest å forholde seg til i forhold til hvorvidt et menneskes grunnleggende behov møtes eller ikke, noe som er svært relevant i forhold til helsesektorproblematikk.

Pogge skiller i praksis mellom relevant og irrelevant skade, der den irrelevante skaden er skade som påføres uten at de som skades er i nærheten av å komme under grunnlinjen. Moralsk relevant skade er for Pogge den skaden som fører til at de som påføres skade havner under grunnlinjen (hvis de ikke allerede er der). Vi bryter vår negative plikt til ikke å skade *kun* dersom vår handling fører til at de vi bryter plikten overfor havner under grunnlinjen, eller dersom de allerede er under grunnlinjen. En handling som skader, men som ikke fører til at noen i ettertid befinner seg under grunnlinjen, vil ikke kategoriseres av Pogge som en moralsk relevant skade. Det vil i så tilfelle ikke være et brudd på Pogges negative plikt.

Alle har en rett til ikke å bli fratatt tilgang til livsnødvendige og grunnleggende faktorer for overlevelse, samtidig som alle har en plikt til ikke å frata andre det samme. Pogge trekker selv sammenhengen mellom grunnlinjen og ulike typer friheter som formulert i menneskerettighetene som forutsetning for en hvilken som helst institusjonell struktur (Pogge 2008: 144).

## **Internasjonale relasjoner**

Pogge mener noe må gjøres med strukturene i verden, samt med de ulike institusjonelle praksisene som fører til systematiske brudd på den negative plikten til ikke å skade. Hvis det er slik at den globale økonomiske strukturen bidrar til å opprettholde fattigdom, samtidig som rike lands regjeringer deltar aktivt i å skape og opprettholde en slik struktur, så vil forsakelsen av fremmede nødlidende ikke bare gi oss positive plikter til å hjelpe, men også strengere negative plikter til ikke å skade. Negative plikter til ikke å skade veier alltid tyngre for Pogge: "[W]e should judge our own inaction more harshly, too, if we are involved in upholding unjust rules that contribute to severe poverty we ignore" (Pogge 2004: 278).

Frihet fra alvorlig fattigdom er en av de viktigste forutsetningene for et godt liv for alle oss mennesker og henger tett sammen med det å ha tilgang til mat, vann, beskyttelse og medisinsk tilsyn. Å påføre andre et urettferdig regelverk, som fratar noen disse forutsetningene, vil skade dem. Absolutt fattigdom bør fokuseres på av sosiale institusjoner, både statlige og globale (Pogge 2007b: 11, 24, 29). Det er et ansvar som primært må tilfalle de som opprettholder strukturene og som har mulighet til å gjøre noe med disse – de styrende i de mektige og rike landene i verden som har makt til å endre dem gjennom ulike institusjoner. Vi har en negativ plikt til ikke å skade andre gjennom en global institusjonell struktur som er slik at den produserer store, unødige og overskuelige brudd på grunnlinjen (Pogge 2007a: 6; 2008: 142).

Pogges syn hviler på en forutsetning om at globale strukturer påvirker lands utviklingsnivå, og at årsakene til fattigdomsproblemet i fattige land kan være resultat av globale forhold. Pogge er uenig med John Rawls som hevder at årsakene til fattigdomsproblemet ligger i de fattige landene selv, og at siden landene selv er ansvarlige for sin egen situasjon, ligger også *løsningen* på fattigdomsproblemet i de

fattige landene (Pogge 2007b: 31). Pogge omtaler fokuset på nasjonale årsaksfaktorer som *explanatory nationalism*, og sammenligner situasjonen med en lærers undervisning. På samme måte som kvaliteten på en lærers undervisning vil påvirke elevenes prestasjoner, mener Pogge globale faktorer vil være viktige for å forklare lands ulike prestasjoner (Pogge 2004: 263; 2005: 6).

På globalt nivå er det ofte vanskelig å peke ut én forklaringsfaktor til en situasjon. Rike stater og individer har bidratt, og bidrar fortsatt, aktivt til å skape og opprettholde de skjeve institusjonelle strukturene i verden, som både direkte og indirekte fører til at mange ikke får oppfylt sine sosioøkonomiske minimumsbehov – grunnleggende behov for å overleve (Pogge 2005: 5). En avtale som skulle være til det gode for fattige lands økonomi, markedstilgang og markedsdeltakelse var TRIPS-avtalen. For fattige land er konsekvensen derimot at de blant annet ikke får tilgang til et strengt medisinsmonopol. De har ikke råd til å kjøpe patentbeskyttede medisiner, og har heller ikke mulighet til å produsere livsnødvendige medikamenter billig selv (Pogge 2009: 193).

De rike aktørenes forfedre har gitt dem et godt økonomisk utgangspunkt og store fordeler i forhold til fattige land ifølge Pogge. Dette gir også muligheten til å fremholde de rikes dominante rolle i globale og økonomiske forum som for eksempel FN og Verdensbanken, og opprettholde deres egen makt til å forme fremtidige globale strukturer. De rike landenes ledende posisjon har blitt brukt til å skape og opprettholde makt, og til å skape regler og strukturer i verden som er til fordel for de rikes egne interesser. Dette har gått på bekostning av de fattige landene, og har fratatt de fattigste landene deres rettmessige andel av global, økonomisk vekst (Pogge 2005 5; 2008: 207). De fattigste landene er ikke bare fattige, de blir også kontinuerlig utsatt for svekkelse gjennom internasjonale institusjoner og strukturer (Pogge 2008: 207).

Stadig mer av enkeltstaters aktivitet reguleres av internasjonal økonomisk interaksjon gjennom for eksempel organisasjoner, konvensjoner, investeringer, lån, patentrettigheter og miljøbeskyttelse. Særlig fattige land påvirkes i stor grad av ulike globale faktorer, spesielt gjennom internasjonale institusjoner som FN, IMF, OECD, Verdensbanken og WHO. I mange tilfeller kommer absolutt nødvendige økonomiske bidrag med betingelser om spesifikke økonomiske og politiske endringer. Hvilke

aktører disse betingelsene tjener er ikke alltid like entydig og klart. De som allerede lever i fattigdom og sult blir under våre felles institusjonelle rammeverk ifølge Pogge ofte utsatt for *fortsatt* utarming og sult, noe som ufravikelig preger livene deres (Pogge 2008: 207). Fattige individer og grupperinger har normalt ikke gjort noe som kan rettferdiggjøre å bli utsatt for skade og utnytting. Skaden kan derfor betegnes som unøddig og urettmessig. Absolutt fattigdom er kanskje i mange tilfeller en direkte årsak av lokalt vanstyre, men dette lokale vanstyret er igjen styrt av globale regelverk og rammeverk som blir påtvunget dem, og som rike land samtidig tjener på. Lokale faktorer kan ikke tilskrives all skyld alene (Pogge 2005: 7).

### **Utvikling og fattigdomsbekjempelse**

Ifølge Pogge finnes det ulike måter å gi bistand på, men ikke alle vil føre til at fattigdom forsvinner eller minsker. Donasjoner, handel med og overføringer til fattige land er for så vidt en god handling, men bidrar ikke nødvendigvis til å forbedre situasjonen mer enn i et korttidsperspektiv (Pogge 2004: 260). Oppfyllelse av negative plikter og rettigheter er helt nødvendig for å få til utvikling og fattigdomsbekjempelse. Oppfyllelse av positive plikter og rettigheter, som bistandsoverføringer, vil ikke være tilstrekkelig alene, da dette ikke vil være nok til å komme seg ut av de grunnleggende strukturene som opprettholder fattigdomsproblemene. Å redusere fattigdom andre steder enn i ens egen stat, blir av mange oppfattet som en sjenerøs gest og ikke noe man har en *plikt* til å gjøre. For mange rike individer, i rike så vel som i fattige land, er det utenkelig at man selv kan være aktivt ansvarlige for at folk fortsetter å lide i fattigdom. Manglende engasjement eller bidrag til fattigdomsreduksjon blir sett på som en mangel på sjenerøsitet, ikke som en moralsk dårlig handling (Pogge 2005: 2). Pogge mener engasjement er helt irrelevant i forbindelse med forpliktelser til å bistå fattige land (Pogge 2005: 2).

Dagens globale verdensorden kan ikke anses å være rettferdig når det er finnes så mange som lever i absolutt fattigdom og hele 18 millioner dør årlig som følger av fattigdomsrelaterte årsaker (Pogge 2004: 276–280). Det er en gjengs oppfatning i den utviklede delen av verden at vi allerede bruker en overdrevent stor sum på utviklingsarbeid i fattige land, og viljen til å bruke mer er liten. Denne uviljen mot å

bruke mer penger på fattigdomsbekjempelse og utviklingsarbeid viser seg også statistisk. Andel av bruttonasjonalprodukt i den rike verden som brukes på offentlig utviklingsassistanse har gått ned. Innbyggere i rike land tjener gjennomsnittlig 180 ganger mer enn de i fattige land, og med denne enorme forskjellen i økonomisk styrke har ikke rike bare muligheten til å utrydde all absolutt fattigdom, vi kunne ha gjort det for flere tiår siden (Pogge 2005: 1; 2008: 9–10). Dette kan gjøres til en relativt lav økonomisk kostnad for godt bemidlede land, og innebærer ikke nødvendigvis en større satsning på positive plikter fra de rike landenes side, ifølge Pogge. Med en bedre forståelse for hvilken rolle globale institusjonelle faktorer spiller for å opprettholde alvorlig fattigdom i så stor målestokk, mener Pogge at mange flere vil ta problemet mer alvorlig, og mer vil bli gjort (Pogge 2004: 276–280).





### **3 Hjerneflukt i helsesektoren – globalt og til Norge**

Helsearbeidere i ulike deler av verden arbeider med svært ulike forutsetninger. Nord- og Sør-Amerika har 10 % av den globale sykdomsbyrden, men har samtidig hele 37 % av verdens helsearbeidere og mer enn 50 % av verdens helsefinansiering. Afrika har 3 % av verdens helsearbeidere, men 24 % av sykdomsbyrden og mindre enn 1 % av finansieringen (WHO 2006: xix). Disse tallene viser at det er bedre forutsetninger for å gjøre en god jobb, og å ha en god jobb, som helsearbeider i rike velferdsfokuserte land, enn i fattige land hvor det mangler grunnleggende helsestrukturer, finansiering og stabilitet.

Økt internasjonal mobilitet sammen med mangelen på helsearbeidere øker faren for avhengighet av internasjonale arbeidsmarkeder og import av ekstern arbeidskraft i rike land (OECD 2008: 10–11). Sannsynligheten er stor for at Norge, og andre rike land, kommer til å fortsette å rekruttere arbeidskraft fra områder som selv opplever stor mangel på helsearbeidere (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 4). Afrika er hovedproblemområdet når det gjelder den globale helsepersonellkrisen i verden i dag og er samtidig ett av områdene mange helsearbeidere migrerer *fra*.

Først i dette kapittelet vil jeg redegjøre grundigere for begrepet og fenomenet hjerneflukt, før jeg i 3.2 vil fokusere mer på hjerneflukt i utviklingskontekst. I 3.3 vil jeg beskrive Norges forhold til hjerneflukt og rekruttering av helsearbeidere, mens jeg vil avslutte med mulige tiltak på nasjonalt og internasjonalt plan i kapittel 3.4.

#### **3.1 Hjerneflukt – begrepet og fenomenet**

I rike land er folk med høy utdanning sterkt etterspurt på arbeidsmarkedene. Etterspørsel stemmer i mange tilfeller ikke overens med tilgangen på, og produksjonen av nasjonal, kvalifisert arbeidskraft. Gapet mellom etterspørsel og tilgang gjør at interessen øker for migranter med såkalt ”god kvalitet” (Pires 2008: 2), for å dekke underproduksjonen som oppstår ved at antall utdannede ikke tilsvarer antall etterspurte. Kvalitet henviser her, i likhet med betegnelsen kvalifisert arbeidskraft, til

hvorvidt migranter er arbeidere med eller uten utdanning og ferdigheter, hvor arbeidere *med* disse kvalitetene er kvalitetsmigranter. Hjerneflukt vil foregå når denne kapitalen i stor grad beveger seg mellom land i hovedsakelig én retning (Giannoccolo 2004: 2; Tesón 2008: 899). I en globalisert verden gir det nasjonalt konkurransefortrinn å klare å tiltrekke seg arbeidskraft med høy grad av kunnskap eller utdanning, noe som betegnes som *brain gain* eller en økning av menneskelig kapital. Ved selektiv immigrasjon forsøker rike land å velge ut hovedsakelig kvalitetsmigranter og unngå immigranter som kan bli belastning for samfunnet (Pires 2008: 2).

### **Antagelser og oppfatninger om hjerneflukt**

Hjernefluktbegrepet kan fort oppfattes som negativt ladet, men brukes likevel her fordi det er godt innarbeidet i den norske faglitteraturen (for eksempel Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2008). Det engelske begrepet *brain drain* har ikke den tilsvarende negative ladningen, til tross for at begrepene omfatter det samme. Det norske begrepet mister pådriverdimensjonen med rekrutteringen eller tilretteleggingen av migrasjon som ligger hos mottakerlandene. *Flukt* gir assosiasjoner til at det i hovedsak er *push*-effekter som spiller inn. *Brain drain* omfavner i større grad både migrantenes egne ønsker og mål, effektene emigrasjon har for opprinnelseslandet og pådriverdimensjonen hos mottakerlandene. Organisasjonen Changemaker bruker begrepet *hjernetyveri* (Changemaker 2008, 2009), som i enda større grad fanger opp at det er en aktør ved siden av migrantene som aktivt oppmuntrer og legger til rette for hjerneflukten, nesten i den grad at det kan virke ufrivillig fra migrantenes side. Tidligere leder av Den afrikanske union, Alpha Oumar Konaré, trekker inn det økonomiske ulikhetsaspektet, ved å kalle fenomenet *hjernehandel* (Skjeseth 2007). Videre i denne oppgaven brukes imidlertid hjerneflukt som en beslutning motivert av faktorer i både opprinnelses- og mottakerland, med både negative og positive effekter. Jeg vil likevel ikke fullstendig avvise tyveri- og handelsaspektene ved fenomenet.

Hjerneflukt blir ofte, men ikke alltid, fremstilt som en ulempe for fattige land. Hjerneflukt oppfattes ofte som en negativ prosess på grunn av de mange ufordelaktige konsekvensene det kan ha for opprinnelseslandene og gjennom dette vil det kunne være et hinder for fattige lands utvikling. Gjennom å argumentere med høy

menneskelig kapital som en avgjørende faktor for økonomisk vekst, vil tapet av utdannede mennesker påvirke et lands økonomiske prestasjon i negativ retning. Dette tapet begrenser et lands økonomiske prestasjon ved at det reduserer økonomisk utvikling, vekst og inntekt i et langtidsperspektiv (Pires 2008: 2; Tesón 2008: 900). Landene som har størst problemer med å nå FNs tusenårsmål og samtidig opplever en sterk mangel på helsearbeidere, er ofte de fattigste landene i verden (WHO 2006: xix). Ved å tømme disse fattige landene for folk med evner og kunnskap, vil de trolig få ytterligere problemer med å unnslippe fattigdom (Collier 2008: 95).

## 3.2 Hjerneflukt og utvikling

Samtidig som de fattigste landene, som allerede har svært anstrengte helsesystemer, har problemer med å få nok helsearbeidere, opplever de rikeste landene i verden en sterk økning i kravet til velferd og et stadig økende behov for mer helsepersonell. Dette skjer samtidig som en endring i befolkningssammensetningen fører til at rike land får en stadig større andel eldre og opplever at en mindre andel av befolkningen står i arbeid (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 4, 12; Tesón 2008). Både stater, regionale samarbeid slik som EU, samt bedrifter og sektorer har utvidet arbeidsmarkedene sine slik at de søker etter ny arbeidskraft fra flere land.

Antallet helsearbeidere som migrerer øker stadig ifølge WHO. Dette *kan* føre til positive effekter til både opprinnelsesland og mottakerland, men i land som allerede har en helsepersonellmangel og en sårbar helsesektor vil det ha svært negative effekter.

The numbers of migrating health workers have significantly increased in recent decades [...] While migration of health personnel can bring mutual benefits to both source and destination countries, migration from those countries that are already experiencing a crisis in their health workforce [...] is further weakening already fragile health systems (WHO 2008: 3).

WHO (2006: xvi) estimerer at det er totalt 59,2 millioner fulltidsansatte helsearbeidere i verden. For å nå over grensa for kritisk underbemanning for de fattigste landene i verden, det vil si komme seg opp til 80 % dekning og 2,5 helsearbeidere per 1000 innbyggere, trengs det 2,4 millioner helsearbeidere (WHO 2006: 11–12). For at alle

land skal nå en 100 % dekning, mangler det ca 4,3 millioner helsearbeidere. Dette er estimer, men illustrerer likevel den enorme mangelen på helsepersonell. Helsedirektoratet beregner ut ifra tallmaterialet til WHO at det vil være behov for en umiddelbar økning av helsearbeidere på minst 10 % på et globalt nivå bare for å kunne dekke behovene i de fattigste landene i verden i dag (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 8). Samtidig som mange fattige land opplever en kritisk underbemanning, var det i OECD-landene til sammen i 2000 ca. 400 000 utenlandsfødte leger og ca. 710 000 utenlandsfødte sykepleiere (OECD 2008: 33). Leger fra Afrika sør for Sahara som arbeider i OECD-land tilsvarer nesten en fjerdedel av arbeidsstyrken i opprinnelseslandene, med Sør-Afrika på topp hvor nesten 37 % av legene arbeidet i et OECD-land (WHO 2006: 99). I Storbritannia har antallet utdanningsplasser i helse- og omsorgssektoren blitt holdt nede i mange år, noe som har resultert i at så mange som en tredjedel av legene i landet ikke er født i Storbritannia, og svært mange av disse i fattige land. Den tilsvarende andelen sykepleiere i hovedstaden i landet ligger tett opp mot 50 % (Gjersvik 2005; Varden 2008).

Beregninger for hvor stor økning det er behov for kan variere mye. Faktorer vil variere med ulike målemetoder, hvilke basistall og definisjoner av helsearbeidere man bruker. Uansett hvilke målinger og definisjon man legger til grunn avdekkes likevel et reelt problem. I absolutte tall er det land i Sørøst-Asia med Bangladesh, India og Indonesia som har størst mangler på helsearbeidere, mens i relative tall er det Afrika sør for Sahara som opplever størst mangel. Her er det et behov for en økning av antall helsearbeidere på minst 140 % per 2006 for å nå opp over grensen for kritisk underbemanning (WHO 2006: 12). Uten tiltak vil faktorer som befolkningsvekst, fattigdom og nød føre til at problemet stadig vil øke i omfang og grad. OECD (2008: 11) mener at internasjonal migrasjon kan bidra til å gjøre i utgangspunktet overkommelige problemer i land med svært lave antall helsearbeidere unødvendig kritiske.

Det kan være mange faktorer som fører til at individer ønsker seg bort fra opprinnelseslandet sitt. Disse kalles ofte *push*-effekter og kan her være dårlige arbeiderrettigheter, få ressurser, forfølgelse, lav eller uregelmessig lønn, stor arbeidsbelastning, få muligheter til faglig utvikling og lignende. Rike land kan være

fristende på grunn av for eksempel bedre og sikrere arbeidsvilkår, bedre levestandard, mulighet for et bedre liv for hele familien, større mulighet for faglig utvikling og bedre lønn, som også gjør at man kan sørge for familiemedlemmer som er blitt igjen i opprinnelseslandet. Dette omtales ofte som *pull*-effekter (se for eksempel Giannoccolo 2004: 3).

Hovedgrunnen til at mennesker migrerer for å finne bedre arbeidsmuligheter er ikke *kun* mulighetene som finnes i andre land, men også et dårlig og ustabilt jobbmarked lokalt. Faktorer som spesielt vil påvirke en helsearbeiders hverdag er for eksempel generell fattigdom og ressursknapphet, politisk ustabilitet og eksponering for sykdommer som HIV/AIDS. Fattige utviklingsland kan også ha problemer med å ansette godt utdannede arbeidere fordi de ikke har råd til det, eller fordi det ikke er strukturer tilgjengelig for å kunne ansette. Antallet mennesker som har råd og mulighet til å ta lang utdanning er lavt. Utdannelse av helsepersonell i fattige land vil derfor avhenge av generelle utviklingsmål i samfunnet, som grunnskoleutdanning, helse og matsikkerhet (WHO 2006: 46, 52). I tillegg vil ofte gjentatte underinvesteringer i offentlige budsjetter gi liten stimulering av menneskelige ressurser, utvikling og arbeidsvilkår. Dette medfører en negativ sirkel hvor stadig flere vil ønske å forlate opprinnelseslandet, og der det blir stadig dårligere forutsetninger for trygge og gode arbeidsplasser. Stor grad av migrasjon vil gi stadig dårligere forhold og mer å gjøre for de som velger å bli (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 6).

### **3.3 Norges rekruttering av helsepersonell**

Rekrutteringen av helsepersonell og annen spesifikk kompetanse fra andre land foregår også til Norge. Med det økende behovet for helsepersonell har det også dukket opp rekrutteringsbyråer som arbeider aktivt med å rekruttere helsearbeidere til arbeidsgivere i Norge og andre rike land (OECD 2008: 70; WHO 2006: 102). En slik aktiv rekruttering kan føre til stimulering til hjerneflukt samtidig som den kan være uansvarlig overfor de rekruttertes opprinnelsesland (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 27).

Legedekningen i Norge er god. Antall praktiserende leger i Norge per 1000 innbyggere ligger på 4,38, som tilsvarer ca. 228 pasienter per lege (Den norske legeforening 2010). Det var 12 000 utenlandske helsearbeidere i arbeid i den norske helsesektoren ved utgangen av 2006. Dette utgjorde da cirka fem prosent av arbeidsstyrken i helsesektoren på det tidspunktet (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 11). I Helsedirektoratets rapport *En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell* (Sosial- og helsedirektoratet 2007) beskrives en potensiell betydelig global helsekrise som krever både norske og internasjonale tiltak. Norge har lenge hatt helse som en sentral del av utviklings- og bistandspolitikk, og har som mål å bidra til utvikling av nasjonale helsepersonellplaner og styrking av helsesystemene i fattige land (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 21). Norge har forpliktet seg til å føre en politikk som skal motarbeide strømmen av kvalifiserte helsearbeidere fra fattige land til Norge.

### **Norsk utviklingsstrategi innenfor helse**

Helsedirektoratet (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 5) fremhever tre dimensjoner for planlagt forbedring på global helse fra Norges side. For det første skal behov for helsepersonellressurser dekkes nasjonalt. Dette ble fulgt opp med rapporten *Utdanne nok og utnytte godt – innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellkrisen* to år senere (Helsedirektoratet 2009b). Utredningen bekreftet fokuset på nasjonal rekruttering innen helsesektoren. For det andre skal norsk bistand bidra til kapasitetsbygging og redusere faktorer som fører til migrasjon, og til slutt skal Norge fronte etisk ansvarlig rekruttering internasjonalt (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 5, 22). Utlendingsdirektoratet har mulighet til å prioritere for eksempel helsepersonell når de vurderer hvilke flyktninger som skal tas imot – ”[d]ersom det er ønskelig ut fra vurdering av norske behov kan Utlendingsdirektoratet [...] prioritere flyktninger med helsefaglig bakgrunn” (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 28). Ifølge Helsedirektoratet (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 28) bør det når helsearbeidere prioriteres stilles spørsmål ved de etiske sidene ved utvelgelsen. Norge bør ifølge Helsedirektoratet bidra både økonomisk, strukturelt og faglig til å utdanne flere

helsearbeidere i fattige land, og samtidig forsøke å redusere faktorene som gjør at folk har lyst til å emigrere fra fattige til rike land (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 21).

Norge har som et av verdens rikeste land et særskilt ansvar for å påvirke utviklingen i fattige land i positiv retning. Regjeringen har som mål at den norske bistanden skal brukes effektivt i forhold til tusenårsmålene og støtte opp under utviklingslandenes egne strategier for å bekjempe fattigdommen (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 21).

Både menneskerettighetserklæringen og Tusenårsmålene er underskrevet av majoriteten av verdens land, og er sånn sett svake eksempler på Norges sterke forpliktelser. De er imidlertid utgangspunkt og målestokk for flere andre, sterkere forpliktelser og uttalelser. Ett eksempel på dette er Ministerial Declaration fra 2007. Her har Norge sammen med utenriksministere fra Frankrike, Brasil, Indonesia, Senegal, Sør-Afrika og Thailand inngått omfattende og inngående forpliktelser i spenningsfeltet mellom helse og utenrikspolitikk. Ministrene konstaterer at det er en global mangel og feildistribuering av helsepersonell i verden, da særlig i forhold til sykepleiere. Dette utgjør en sterk trussel mot nasjonal og global helsesikkerhet. Samordnet innsats bør gjøres med den hensikt å skaffe oversikt over migrasjonsstrømninger og overvåke disse for å kunne gjøre noe med hjerneflukt. Ministrenes deklarasjon legger stor vekt på viktigheten av et globalt rammeverk, da ikke alle land har samme kapasiteten til selv å iverksette funksjonelle langtidsperspektivtiltak. Mangelen på kvalifisert personell må håndteres gjennom politisk handling på nasjonalt, regionalt og globalt nivå.

Points for collaborative action: 3.1. Support the development of a global framework for tackling the global shortage of health workers, with monitoring and accountability mechanisms, including for tracking recruitment from countries with weak capacity (Ministers of Foreign Affairs 2007).

Noen tiltak som vurderes er å overvåke migrasjonsstrømninger og etablere mekanismer som vil sikre at migrasjon av helsearbeidere er gjensidig lønnsomt – at ”the movement of health professionals is mutually beneficial to both sending and receiving countries” (Ministers of Foreign Affairs 2007).

Norge har gått sterkt inn på finansiering av bistandsmål som omhandler helse, og skal ”bidra til at det internasjonale samfunnet står best mulig rustet til å møte humanitære utfordringer” (Utenriksdepartementet 2009b: 4). Samtidig forsøker flere

bedrifter, både statlige og ikke-statlige, aktivt å tiltrekke seg utenlandsk arbeidskraft, noe som både direkte og indirekte har følger for arbeidsstyrken i fattige land (Gjersvik 2005; Varden 2008). I april 2008 presenterte Arbeids- og inkluderingsdepartementet aktuelle tiltak for å begrense hjerneflukt fra fattige land, i rapporten *Tiltak for å begrense hjerneflukt fra fattige land*. Ministeren for departementet, Bjarne Håkon Hanssen, understreket et sterkt behov for nasjonalt og internasjonalt regelverk for å hindre aktiv rekruttering av nøkkelpersonell fra fattige til rike land. Han tok også sterkt avstand fra en målrettet rekruttering av helsepersonell fra fattige land til norske helsevirksomheter. Helsedirektoratet mener det skal være mulig å drive en aktiv arbeidsinnvandringspolitikk også i helsesektoren, men under en sterk forutsetning om at utdanning enten skjer etter innvandring til Norge, eller at Norge betaler eller kompenserer for utdanning i forståelse med opprinnelseslandet (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 6, 29–30).

### **3.4 Mulige tiltak**

Migrasjonsbegrensninger i seg selv er ikke nok for å løse helsepersonellmangelen. Både Helsedirektoratet og WHO gir utdanning av flere helsearbeidere stor vekt i forhold til det å kunne nå internasjonale og nasjonale helsemålsetninger (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 6; WHO 2006: xv). Å utvikle “capable, motivated, and supported health workers” er essensielt for å nå nasjonale og globale helsemålsetninger (WHO 2006: xv). Norge har gjennom Oslo Ministerial Declaration forpliktet seg til å respondere ”to the need to train more health workers and encourage regional and international exchanges [...], support health research, the ethical conduct of research and research capacity building in countries with inadequate capacity” (Ministers of Foreign Affairs 2007). Opplæring, utveksling og støtte til forskning i land som ikke har tilstrekkelig egeninitierte prosjekter er forpliktelser Norge har gjort i forhold til den globale helsepersonellkrisen. FNs spesialrapportør på helse peker på at helsepersonell må skoles og trekkes mer aktivt inn for at operasjonaliseringen av globale helsemål skal lykkes. De rike landene vil kunne ha mulighet til å bidra med stabile og generelle økonomiske rammebetingelser, noe som kan gi



utdanningsinstitusjoner i fattige land mulighet til å ansette. Å komme forbi den enorme arbeidskraftmangelen i tillegg til strukturelle forandringer vil kreve store finansielle forpliktelser (WHO 2006: 145).

### **Kompensering og endring av strukturer**

Forslag til kompensasjonsmekanismer ved hjerneflukt kan for eksempel være å dele skatteinntekter eller øke visumavgiften som overføres direkte til opprinnelseslandet. Den såkalte ”hjernefluktskatten”, som er foreslått av den indiske økonomen Jagdish Bhagwati, har som direkte insentiv å kompensere for effektene av hjerneflukt og arbeidsmigrasjon. Forslaget går ut på at de rike landene betaler en pengekompensasjon til de fattige landene som mister sin utdannede innbyggermasse. Bhagwatis hjernefluktskatt fører imidlertid til mange praktiske vanskeligheter, og den er derfor omstridd i forhold til hvor realistisk og gjennomførbar den kan være (OECD 2008: 71).

Hvilken type kompensasjon som vil være best for de fattige landene er omdiskutert. Omfanget av helsepersonellkrisen i de fattigste landene i verden ”cannot be overstated and requires an urgent, sustained and coordinated response from the international community” (WHO 2006: xxvi). WHO (2008: 5) ønsker at enkeltstater vil inngå mellomstatlige samarbeidsavtaler for å formalisere sine forpliktelser, gjennom å lage gjensidig fordelaktige avtaler rundt migrasjon av helsearbeidere.

Faren ved tilrettelagt hjerneflukt er at det kan føre til ”produksjon” av den arbeidskraften vi ikke klarer å utdanne selv. Sykepleiere fra Filippinene og India<sup>2</sup> er et eksempel på slik produksjon for internasjonale markeder (OECD 2008: 62). Filippinene utdanner med hensikt helsearbeidere for å kunne eksportere til internasjonale markeder, og er det landet som årlig tilfører USA mest utenlandsk arbeidskraft innen helse. Samtidig opplever Filippinene selv, og særlig rurale områder, stor mangel på helsearbeidere (Masselink og Lee 2010). Indias store befolkningstall fører derimot til at migrasjonen ikke får store synlige utslag på nasjonale statistikker (OECD 2008: 64).

---

<sup>2</sup> Hovedsakelig til engelskspråklige land innen OECD.

## Internasjonale strukturer

I både fattige og rike land er det økende fokus på hvordan retten til helse vil spille inn på politiske beslutningsprosesser (Utenriksdepartementet 2009a: 60). Politiske beslutninger, prioriteringer og omfordeling av ressurser kan også føre til at retten til helse blir oppfylt, hvis viljen og midlene er der i tilstrekkelig grad. Internasjonale utviklingsinitiativer kan hjelpe til med å styrke helsesystemer i opprinnelsesland og samtidig bremse faktorene som får helsepersonell til å forlate landene (OECD 2008: 11; WHO 2006: xx). Internasjonal intervensjon, overvåkning og rettleiding vil være nødvendig i flere tilfeller når det gjelder hjernefluktproblematikk, både i forbindelse med å sette standarder og sikre kvalitet, og å sikre iverksettelse av tiltak (WHO 2006: xix–xxi).

Pogge drøfter en omforming av globale institusjonelle strukturer som et viktig og enkelt ledd i å kompensere de fattige. En global struktur ifølge Pogge formes og opprettholdes av stater og deres politiske beslutninger gjennom globale økonomiske institusjoner som FN og WTO, og et mangfold av større og mindre regimer, regelverk, avtaler, traktater, konvensjoner og praksis (Pogge 2008: 6–18). FNs generalsekretærs spesialrådgiver for menneskerettigheter og næringsliv legger også vekt på behovet for samarbeid mellom aktører med ulike roller, som stater, bedrifter, internasjonale organisasjoner og sivilsamfunn. Ved å styrke helsesystemene og sikre at helsearbeidere ikke rekrutteres ut av fattige land som trenger arbeidskraften selv vil internasjonale utviklingsinitiativer kunne hjelpe til med å sørge for at i hvert fall helserelaterte utviklingsmål blir nådd (OECD 2008: 72; WHO 2008: 3).

En ansvarlig rekrutteringspolitikk i kun ett land vil føre til at problemet med hjerneflukt flyttes til andre land. Norges nasjonale og bilaterale tiltak mot hjerneflukt til Norge vil sannsynligvis derfor ikke ha veldig stor betydning for hjernefluktproblematikken globalt, med mindre de fleste andre land gjør tilsvarende tiltak. Norge kan likevel bidra til å skape internasjonal oppmerksomhet og til å få problemet med hjerneflukt høyere opp på den politiske agendaen i organisasjoner med stor global normativ og rådgivende makt, som WHO og FN. Dette gjøres allerede i forbindelse med for eksempel helsedirektør Bjørn-Inge Larsens styreverv i WHOs

globale styre (Espelid 2010). Eksisterende rammeverk er foreløpig vage, ikke-forpliktende eller ikke-eksisterende (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 30).

De empiriske forholdene som det her er gjort rede for, kommer jeg tilbake til i det første analysekapittelet, der de skal diskuteres i lys av Pogges teori.



## **4 Vurdering av hjerneflukt i Pogges teoretiske kontekst**

Etterspørsel etter helsearbeidere stemmer ikke alltid overens med tilgang til utdannede mennesker som har denne kompetansen. Helsearbeidere er en ressurs som det er behov for over hele verden – helseproblemer finnes over alt, men ressursene til å utdanne og beholde helsearbeidere er svært ujevnt fordelt. En nasjonal helsesektor fungerer ikke med mindre det finnes en viss tilgang til kvalifiserte helsearbeidere. Hjerneflukt medfører en generell og kritisk mangel på helsekompetanse i de fattige landene, mens land som Norge har mulighet til å tilby gode helsebetingelser til alle sine innbyggere ved hjelp av utenlandsk arbeidskraft. Norge ville også antakelig hatt mulighet til dette selv uten utenlandsk arbeidskraft, men til en høyere pris.

Som vi skal se er det grunn til å tro at rike land har utnyttet de fattige landene, hindret deres utvikling og ekskludert dem fra å delta på lik linje med rike land på globale politiske og økonomiske arenaer. For eksempel har innovasjon og fremskritt innen medisinsk vitenskap, som kunne vært til stor fordel for de fattigstes helsesituasjon, foreløpig vært forbeholdt de rike landene. Jeg skal videre vise at rekruttering av helsepersonell og hjerneflukt vil skade de fattige i lys av Pogges teori. I kapittel 5 vil jeg vurdere tilstrekkeligheten i Pogges svar på hvorvidt helsepersonellrekruttering er skadelig, og jeg vil peke kritisk på elementer av Pogges teori som viser seg å være inkonsistent eller ulogisk. I kapittel 6 vil jeg til slutt konkludere med hva Norge bør gjøre med rekruttering av helsepersonell fra fattige land, før jeg oppsummerer oppgaven og dens konklusjoner i kapittel 7.

### **4.1 Er hjerneflukt skadelig?**

Helsetilbudet i de fattige landene er mye dårligere enn i rike land, som vi så i kapittel 3.2. Manglende eller dårlig helsesektor har igjen negativ innvirkning på økonomisk utvikling. Det er økende forståelse for at investering i helse derfor er viktig. Hjerneflukt er et tema som er på dagsorden i organisasjoner som WHO, OECD, FN og EU – organisasjoner som ofte også kan ha bidratt til å legge til rette for denne typen

migrasjon. WHO ønsker å få til gjensidig fordelaktige avtaler mellom land om migrasjon av helsearbeidere. Hvilken motivasjon rike land har og hvilken mulighet fattige land har til å bli en likeverdig part i slike samarbeider er imidlertid uklart. Forståelse for hjernefluktproblematikken er ”fundamental to economic growth and development. It is generally acknowledged that threats to health may compromise a country’s stability and security” (Ministers of Foreign Affairs 2007). Fattige land påvirkes av internasjonale forhold på de aller fleste områder. For å minimere de negative effektene av helsepersonellrekruttering er de fattige landene avhengig av å ha med seg de rike på laget. De fattige trenger tilgang på globale beslutningsarenaer for å påvirke globale strukturer i sin ønskede retning.

Hovedårsaken til migrasjon innefor helsesektoren er et dårlig og ustabilt jobbmarked i hjemlandet, slik vi så i kapittel 3.2. Det er altså *push*-effekter i større grad enn *pull*-effekter som forårsaker slik hjerneflukt. Institusjonelle rammeverk, avtaler, forpliktelser og regelverk vil likevel ha kapasitet til å endre både *push*- og *pull*-effektene. Pogges lærereksempel er en god illustrasjon på dette. Hver enkelt elev (stat) har innvirkning på hvordan eleven selv gjør det, men samtidig vil ”globale” faktorer som lærerens motivasjonsevner og kunnskaper og tilgang til læremateriale, klasserom og bibliotek, ha mye å si (Pogge 2008: 17). Globale faktorer kan derfor ha mye å si for individuell prestasjon og muligheter.

## **Global institusjonell kontekst**

Pogge mener som nevnt at rike land ikke har noen plikt overfor fattige land som lider under skade eller urett, med mindre dette kommer av faktorer som er påført av det rike landet selv. Han mener at rike, vestlige stater former og opprettholder en økonomisk, politisk og militær dominerende posisjon over andre land gjennom dagens globale struktur,<sup>3</sup> noe som skader de fattige landene (Pogge 2008: 6).

The affluent countries have been using their power to shape the rules of the world economy according to their own interests and thereby have deprived the poorest populations of a fair share of global economic growth. [...] The worse-off are not merely poor and often starving but are *being* impoverished and starved under our

---

<sup>3</sup> Slik Pogges tolkning av globale strukturer ble forstått i kapittel 2.2.

shared institutional arrangements, which inescapably shape their lives (Pogge 2008: 207).

Pogge mener at nasjonale faktorer alene ikke kan forklare lands utvikling og utviklingsnivå. Årsaken til problemer i fattige land, slik som hjerneflukt, har også globale forklaringer. Det blir stadig enklere å bevege seg mellom stater og kontinenter. Mer effektive kommunikasjonsmidler gjør det enklere å forflytte seg, samtidig som kulturelle og språklige kunnskaper gjør det enklere blant annet å skaffe seg jobb i vestlige land. Immigrasjon til andre stater er likevel ikke en rettighet, for å få innpass i en annen stat må man ofte ha gitte kvalifikasjoner, og ofte er helsearbeidere ettertraktet. Ansvar for å få orden på problemet med hjerneflukt som plasserer mennesker under grunnlinjen må ifølge Pogge primært tilfalle de som har skapt dette systemet, eller de som gjennom den globale strukturen sørger for å opprettholde det.

Det vil i en globalisert verden være vanskelig å avskaffe migrasjon og hjerneflukt fullstendig. Noen vil alltid migrere til andre land motivert av å skaffe seg arbeid. Faktorene som øker insentivene til å migrere kan imidlertid forandres, slik at hjerneflukt bremses. Ifølge Pogge gjøres dette mest effektivt ved å endre de globale strukturene. "We can compensate for our contribution to collective harm also by contributing to efforts toward institutional reform or toward protecting the victims of present institutional injustice" (Pogge 2008: 26). Pogge mener altså at globale strukturer både er en faktor i skadepåføring og en del av løsningen.

Makten til å forme og endre den globale strukturen bruker de rike landene foreløpig aktivt til å sørge for å *oppretholde* sin egen makt og toneangivende stemme i globale politiske og økonomiske forum ifølge Pogge. Dette mener han bør endres. De rike har fratatt de fattige sin andel av deltakelse i den globale økonomiske veksten og framgangen. "[B]y denying them what they are morally entitled to and urgently need, [we] are actively contributing to their deprivations" (Pogge 2005: 4). De fattige *har lidd skade* av dette, og bør ifølge Pogge nå få (noe) tilbake.

Beslutninger i den globale institusjonelle strukturen blir gjerne tatt på de rike landenes vilkår, selv om alle land ofte formelt sett har lik stemmevekt. I noen tilfeller, for eksempel i FN, kan også finansielle bidrag til institusjonen avgjøre stemmevekt. Dette gir fattige land liten påvirkningsmakt i saker som kan angå dem i like stor grad

som andre. Det er også eksempler der strukturer som er ment å gi fordeler til de fattigste landene fungerer motsatt, fordi de rike landene ikke følger opp sin del av avtalen. Dette gjelder for eksempel WTO hvor Pogge kritiserer rike land for å være dårligere enn fattige land på iverksettelse og oppfølging av regelverk. Han mener at praktisering av slike skjeve håndhevelser kun har foregått én vei – “it has opened our markets too little and has thereby gained for us the benefits of free trade while withholding these benefits from the poor” (Pogge 2008: 18). Gjennom en omfordeling av makt i globale strukturer, hvor fattige lands påvirkningsmuligheter og reelle makt i forhold til de rike landene balanseres, vil utgangspunktet til de forskjellige landene likestilles. Hvorvidt ulike land gjør det bra eller dårlig ut ifra disse mer rettferdige forutsetningene er ikke av interesse for Pogge. Det er det derimot at konkurranseforutsetningene gir alle en lik mulighet.

### **Grunnlinjen i institusjonell kontekst**

Få mennesker i fattige land har råd til å investere i høyere utdanning – dette er ofte ikke finansiert av det offentlige og er det er sjeldent mange utdanningsmuligheter. Ved rike lands tilstedeværelse i de fattige landene, har de sistnevnte nøydt seg med inntekter og enkel teknologioverføring uten å ha hatt mulighet til å kreve samtidige investeringer i helse og utdanning fra de rike landene i tilstrekkelig omfang. Dette er også helt greit i henhold til Pogge, så lenge disse effektene ikke er resultat av noe de rike landene har påført de fattige, eller ikke risikerer befolkningens eksistensgrunnlag. Det er ikke nødvendigvis en relevant skadepåføring å ta imot migranter med helseutdanning. Skaden er moralsk relevant, ifølge Pogge, kun dersom den påføres land som ligger under grunnlinjen.

Pogge mener ikke at alle individer i verden skal få det likt og at alle har rett på det samme selv om de er gjenstand for de samme globale strukturene, og selv om alle har rett på et eksistensminimum i forhold til grunnlinjen. “I criticize not that they are worse off than they might be, but that we and our governments participate in depriving them of the objects of their most basic human rights” (Pogge 2008: 30). Individer har, slik jeg viste i kapittel 2.2, gjennom sin statstilhørighet mulighet til å påvirke institusjonenes beslutningsmakt og handlinger. Pogge påpeker at vi ikke skal delta i å



påføre noen en institusjonell orden som vi ser vil bryte med for eksempel menneskerettighetene. Det er oss, eller våre forfedre, som har bidratt til å innføre skadelige strukturer, og vi opprettholder dem.

En viss grad av konkurranse og ulikhet mellom grupperinger og stater må forventes ifølge Pogge, så lenge man kan forutsette at det globale institusjonelle rammeverket ikke gjør at konkurranse fører noen under grunnlinjen. Et rikt land kan rettferdiggjøre å prioritere sin egen befolkning dersom de fattige ikke faller under grunnlinjen som følge av dette. Her er Pogge vanskelig å forstå tydelig, men slik jeg oppfatter ham så skader man ikke ved å prioritere sine egne, så lenge det ikke medfører negative konsekvenser for noen som befinner seg under grunnlinjen. Dersom grunnlinjen brytes vil det være et *relevant* brudd på den negative plikten til ikke å skade, og rekruttering av helsepersonell vil ifølge Pogge ikke være en moralsk forsvarbar handling. Så lenge grunnlinjen ikke brytes kan for eksempel ulike globale reguleringer endres til egen fordel og nytte – ”to the point where these rules violate basic standards of justice or fairness” (Pogge 2008: 16).

## Hierarki

Ifølge Pogge er det viktigere å ivareta behovene til sine egne nære og kjære relasjoner, enn fremmede som er langt unna, med unntak, som jeg allerede har diskutert, av de tilfellene hvor urettmessig eller unødvendig skade er noe vi selv har ansvar for. Å avstå fra å skade ved å forringe helsetilbudet for noen er en negativ plikt alle har overfor alle uansett relasjon eller geografisk avstand, og som er viktigere enn positive plikter ifølge Pogge. Dersom man skader andres helsesektor ved å tappe den for helsepersonellressurser, vil plikten til å kompensere dette landet, gitt at det befinner seg under grunnlinjen, komme foran den positive plikten til å sørge for sin egen befolknings helsetilbud. ”In this way, the moral claims foreigners have on us constrain our pursuit of justice at home” (Pogge 2008: 139).

Hvis rekruttering av helsearbeidere ikke skader opprinnelseslandene slik at det resulterer i at noen ender opp under grunnlinjen, kan stater se bort ifra den øverste posten i Pogges plikthierarki og heller konsentrere seg om å oppfylle positive plikter overfor sin egen befolkning. Dersom egen befolkning behøver mer helsepersonell, og

dette enkelt kan skaffes fra utlandet, uten å påføre noen skade verken i opprinnelses- eller mottakerlandet, så er rekruttering moralsk forsvarbart.

## **Kompensasjon**

Pogge mener at alle har et ansvar for å rette opp igjen urett som er forårsaket av en selv. Denne mellomliggende plikten vil i forhold til hjerneflukt være kompensering for arbeidskraft man har rekruttert, gjennom ulike former for tilbakeføring av ressurser fra rike til fattige land. For eksempel kan dette være finansiering av og tilrettelegging for utdanning i de fattige landene eller økonomisk kompensasjon i form av Bhagwatis hjernefluktskatt. Det er også mulig å kompensere for vårt bidrag til “collective harm [...] by contributing to efforts toward institutional reform or toward protecting the victims of present institutional injustice” (Pogge 2008: 26). Kompensering vil ikke direkte forhindre hjerneflukt i framtida, men den vil i det minste gjøre opp for den negative konsekvensen som blir påført et land ved at viktig arbeidskraft blir rekruttert til andre land.

Utfordringen med mellomliggende plikter til å kompensere vil være å kompensere nok til å veie opp for skaden som er påført. Kompensasjon vil kunne redusere de negative konsekvensene ved hjerneflukt. Et opprinnelsesland vil tape den investeringen utdanning er og ressursen en godt utdannet helsearbeider er, og fortjener derfor i henhold til Pogges teori en oppreisning fra mottakerlandet i bytte. Dersom rike land finansierer utdanning i fattigere land, slik at dette fører til et bedre utdanningstilbud og flere helsearbeidere enn hva som ellers ville vært tilfelle i begge de to landene, skulle finansiering av utdanning i andre land ikke være noe problem. Det ideelle vil kunne tenkes å være en kompensasjon hvor reelle studieplasser innen helsefag opprettes i de fattige landene til en relativt lav utgift for de rike landene, og hvor både opprinnelseslandet og mottakerlandet til helsearbeiderne får et økt antall helsefaglige utdannede ut av dette. I tillegg vil også individuelle rettigheter til å migrere ivaretas, noe som samsvarer med Pogges teori. Hvis derimot kompensasjonen blir for lav i forhold til hva de fattige landene taper ved å miste helsearbeidere, vil det imidlertid være problematisk i forhold til Pogges argumentasjon. I så fall vil det som Pogge kaller re-redistribusjon oppstå. Dersom kompensering er tilstrekkelig til å veie

opp for alle negative konsekvenser ved en skadelig handling, vil det antakelig ikke være et like sterkt og umiddelbart krav ut ifra Poggess teori til å avslutte de skadelige handlingene.



## 5 Er Pogges svar tilstrekkelig?

Pogge mener at dersom en aktør fyller plikten til å avstå fra å skade, så er det tilstrekkelig til å oppfylle de moralske forventningene man bør ha til aktøren. Det kreves ikke noe mer, og alt som gjøres utover å avstå fra å skade vil være prisverdig men ikke påkrevd. Jeg stiller i dette kapittelet spørsmål ved hvorvidt det er nok at rike land kun avstår fra å skade fattige land, eller om vi bør kunne kreve at rike land gjør noe utover dette. Jeg skal diskutere dette gjennom å bruke noen av Peter Singers argumenter til å kritisere Pogges forståelse av plikter og det å assistere fattige.

Det er to ting som er særlig aktuelt i sammenligningen mellom Pogge og Singer. Det ene er hvem som skal kvalifisere til å få hjelp og det andre er hvem som er forpliktet til å hjelpe. Pogge mener at det er de som er under grunnlinjen, eller risikerer å havne der, som står i en moralsk særstilling. Han mener også at de som påfører andre skade, som vil plassere de skadelidende under grunnlinjen, er i en moralsk særstilling. Det er de som har påført skade eller urett som er forpliktet til å hjelpe. Singer mener derimot at alle har en plikt til å hjelpe alle som er i en dårligere situasjon enn en selv. Singer ser ikke Pogges plikthierarki og oppdeling i negative og positive plikter som relevant, og mener alle bør hjelpe alle de som trenger det uansett, uavhengig av hvem som er skyld i uretten som er begått. Singer, som er utilitarist, vektlegger plikter ut ifra hva man kan oppnå, og plikten er sterkest til å hjelpe der hvor behovet er størst. I lys av Singers teori, som ikke differensierer mellom positive og negative plikter, er Pogges tidvise framstilling av positive plikter som uviktige en stor svakhet ved hans teori. Før jeg fortsetter vil jeg utdype litt mer om hva Singers teori innebærer.

Singer mener, som jeg beskrev kort i kapittel 2.1, at ingen skal behøve å lide og at vi er moralsk forpliktet til å hjelpe de som lider (mest) uansett vårt forhold til dem. Singers sterke versjon av grunnlaget for teorien hans er at "if it is in our power to prevent something bad from happening, without thereby sacrificing anything of comparable moral importance, we ought, morally, to do it" (Singer 1972). Den andre versjonen er noe svakere og inneholder formuleringsforskjellen "if it is in our power to prevent something bad from happening, without thereby sacrificing anything morally *significant*, we ought, morally, to do it" (Brown 2002: 164, min kursiv). Denne

svakere versjonen vil gjøre forpliktelsen til å hjelpe mindre omfattende, da det er mulig å argumentere for at å hjelpe i noen tilfeller kan innebære signifikante ofre i for eksempel en families økonomiske situasjon (Singer 1972). Så langt man har mulighet skal man gjøre det man kan for å forhindre at lidelse forekommer. Det er påkrevd å hjelpe så lenge det ikke medfører at man setter seg selv i en verre situasjon enn den man prøver å tilgodese (Singer 1972).

### **Relevant eller irrelevant skade**

Grensen for hva som for Pogge er relevant skadelig og ikke, er gjennom den Lockeanske grunnlinjen satt ganske lavt. Den tar kun høyde for om folk har tilstrekkelig tilgang til midler for å kunne overleve – et eksistensgrunnlag.<sup>4</sup> For å illustrere at man skal hjelpe de som trenger det mest trekker Singer fram et eksempel med et barn som holder på å drukne. Som forbipasserende uten noen skyld i situasjonen har du mulighet til å redde barnet, men risikerer å bli våt på klærne og å komme for sent til en avtale. Ifølge Singer vil det være galt av oss å gjøre noe annet enn å redde barnet – ”it would be grotesque to allow such minor considerations to outweigh the good of saving a child’s life” (Singer 2004a: 156–157). Det koster oss ofte veldig lite å hjelpe, i forhold til hva det vil bety for de som lider, ifølge Singer. Singers svakhet i denne sammenhengen er at han har to ulike formuleringer for hvor mye man selv skal ofre for å hjelpe andre. Dersom man tar høyde for den sterke versjonen av hans teori, der man skal hjelpe helt til man ofrer noe av sammenlignbar moralsk viktighet, vil man måtte gå lengre enn dersom man kan være fornøyd når man har ofret noe av signifikant moralsk viktighet. Dersom en families økonomi tar vesentlig skade av å hjelpe andre som har det verre enn familien selv, kan dette sies å ha moralsk viktighet. Det har imidlertid ikke sammenlignbar moralsk viktighet med å redde noen fra å dø av sult, noe som er en absolutt avvergbare urett noen ville måtte lide dersom familien ikke bidro økonomisk med mat.

En fruktbar modifisering av Pogge i lys av Singer vil være å utvide grunnlinjen ut over kun å ta hensyn til et eksistensminimum, for eksempel gjennom å

---

<sup>4</sup> Dette hadde muligens sett annerledes ut dersom oppgaven hadde tatt utgangspunkt i en av de andre grunnlinjene.

inkludere flere av rettighetene i Menneskerettighetserklæringen som forutsetninger for at grunnlinjen skal nås. Satt på spissen med eksempelet til Pogge fra kapittel 2.1, hvor en person banker opp familien sin, kan man med grunnlinjen, slik den er beskrevet av Pogge, si at det er greit å banke opp familien sin så lenge grunnlaget for å overleve ikke risikeres. Det er moralsk greit å skade dersom skaden ikke risikerer å gå ut over offerets eksistensminimum. Selv om de rike aktørene i verden slutter å skade slik at de ikke risikerer å plassere noen under grunnlinjen, vil det i lys av Singers teori ikke rettferdiggjøre å fortsette å skade slik at disse kontinuerlig blir holdt akkurat på eller rett over grunnlinjen.

### **Mulighet til å hjelpe**

Singers teori har en vesentlig mangel ved at den ikke skjelner mellom de som skader og de som har mulighet til å hjelpe. Siden absolutt alle har plikt til å hjelpe de som har det verre enn en selv, vil det heller ikke være noen straff ved å påføre andre skade. Dersom man påfører andre skade vil man fremdeles ha den samme plikten til å assistere de som er i en dårligere situasjon enn en selv. I ytterste grad kan det tenkes at dette kan skape et insentiv til å skade dersom man tjener på dette samtidig som plikten til å hjelpe ikke øker nevneverdig. Dette illustrerer, uten at en nærmere utdypning av Singer vil gjennomføres her, i det minste det poenget at Pogges differensiering mellom de som har og ikke har påført skade er et relevant og i utgangspunktet et fornuftig skille.

Pogges hovedfokus er at vi bør avvikle skadelige strukturer og handlinger som fører med seg negative konsekvenser for fattige lands helsesektor og antall helsearbeidere. Singer går mye bredere ut og mener vi bør hjelpe alle, ikke bare de vi direkte har rekruttert helsearbeidere fra. Singers fokus på *alle* som lider ville vært nyttig å ta med i hjernefluktdiskusjonen fordi hjerneflukt er et problem hvor det i global kontekst kan være vanskelig å definere hvem som er direkte årsak til skade og urett. Det er dessuten en viss dominoeffekt hvor de rike landene rekrutterer fra litt fattigere land som ikke bryter grunnlinjen, men som igjen rekrutterer fra land hvor grunnlinjen risikeres i stor grad. Å fokusere på alle på lik linje er ikke moralsk påkrevd av Pogge. Singers drukningsillustrasjon viser at rike land bør hjelpe der hvor vi kan.

Sammenlignet med et barn som kan dø, er ikke det å bli våt på klærne viktig, i hvert fall ikke ifølge Singers sterke teoriformulering (Singer 1979: 168). Vi bør hjelpe der hvor vi kan og der hvor mennesker lider under skade og urett, helt til vi selv vil få det verre ved å hjelpe mer.

En aktiv strategi mot å bidra til hjerneflukt i helsesektoren vil kunne føre til at man i rike land vil miste noe av fleksibiliteten i vanskelige perioder når det ikke er mulig å ty til utenlandsk arbeidskraft. Hver sektor vil bli mer avhengig av jevn og tilfredsstillende nasjonal rekruttering og vil bli mer sårbar for svingninger i tilgangen på kvalifisert personell. Mindre fleksibilitet *kan* tenkes å gå ut over de rike landenes mulighet til å gi befolkningen et så godt helsetilbud som de skulle ønske dersom man ikke ønsker å risikere økte utgifter. Likevel vil det være mye som skal til før norske pasienter opplever en situasjon der de ikke har muligheten til å få oppfylt grunnlinjen med et "minimally worthwhile life" (Pogge 2008: 54). At fleksibiliteten blir borte vil ikke nødvendigvis være negativt for de fattige landene, ut ifra dagens situasjon. Fleksibiliteten vil gjøre det vanskeligere å migrere til de rike landene for helsearbeidere, men samtidig vil ikke antall leger i de fattige landene reduseres i like stor grad som før.

Norge har mulighet til å påvirke globale politiske og økonomiske instanser til å fokusere på det Pogge kaller positive plikter i større grad enn i dag. De direkte virkningene av et norsk etisk rammeverk i forhold til hjerneflukt vil være begrenset til forholdet mellom Norge og de aktuelle landene arbeidskraft tidligere har kommet fra. Selv om verken Singer eller Pogge ser ut til å mene at det er moralsk relevant hvorvidt man handler alene eller sammen med mange andre, så vil jeg trekke fram signaleffekten ved å gå foran som et godt eksempel som en potensiell kilde til gode konsekvenser også i andre land.

Gjennom plikthierarkiet til Pogge har fattige land også en plikt til å avstå fra å skade sin egen befolkning, slik også rike land har og slik de har plikt på lik linje overfor alle stater og individer. Alle land har positive plikter hovedsakelig overfor sin egen befolkning. Positive plikter overfor befolkningen i fattige land er det derfor ifølge Pogge primært de fattige landene selv som innehar. Pogge mener altså at de rike landene bør konsentrere seg om å avstå fra å skade, samt kompensere der hvor de



likevel skader. Utover dette er alle tiltak i fattige land rosverdige, men ikke påkrevd for de rike landene.

Pogges hierarkiske skille mellom positive og negative plikter er avgjørende for hjernefluktspørsmålet. Det er viktig å se det å avstå fra å påføre noen skade som av størst betydning og beholde det øverst i hierarkiet. Konklusjonen på problemstillingen om hvorvidt hjerneflukt er moralsk forsvarlig fra de rike landenes side ville blitt svært annerledes dersom negative plikter var nederst i hierarkiet. Med positive plikter øverst i hierarkiet ville plikten til å sørge for sin egen befolknings helsetilbud kommet fremst. Dersom rekruttering av helsepersonell fra andre steder i verden hadde bidratt til et godt helsetilbud så hadde dermed hjerneflukt vært det moralsk forsvarlige. At negative plikter er øverst i hierarkiet betyr imidlertid at Pogges skadeargumentasjon gir mening. Negative plikter øverst i et hierarki behøver ikke nødvendigvis bety en avvisning av positive pliktens viktighet, slik som jeg har diskutert allerede.

Singers teori gir verdifull kritikk av Pogge, men er heller ikke selv ideell. Begge teoriene har utfordringer. En rimelig teori bør ha en høyere grunnlinje enn den Pogge beskriver, samt fremdeles ta høyde for forskjellen mellom tilfeldig forbipasserende og de som har vært aktive i å påføre skade slik Singer gjør. Pogges skille mellom positive og negative plikter er likevel mulig å beholde selv om positive plikter bør bli ilagt større vekt enn det Pogge i utgangspunktet synes villig til.



## 6 Hva bør Norge gjøre med hjernefluktspørsmålet?

Det er ikke rimelig å forvente at fattige land selv skal klare å kompensere for hjerneflukt til andre land. Til tross for at helsearbeidere kan være en mangelvare i Norge, er de gjerne samtidig en minst like stor mangelvare i de fattige opprinnelseslandene. Å miste helsearbeidere kan medføre større negative konsekvenser i fattige opprinnelsesland enn de positive konsekvensene Norge opplever ved å få de samme helsearbeiderne til et allerede godt helsesystem. Et tilskudd på én helsearbeider til et land hvor andelen helsearbeidere i forhold til befolkningen allerede er høyt, vil ikke utgjøre en stor forskjell. Land som Norge har mulighet til å utdanne helsepersonell de har behov for selv, selv om det kan bli til en høyere utgift enn å rekruttere fra andre land. I et land hvor andel helsearbeidere er svært lav, vil et frafart på én utgjøre en stor forskjell. Det vil alltid være vanskelig å unngå hjerneflukt fullt og helt, og ved å akseptere dette vil man heller kunne satse på å utdanne nok helsepersonell til at en stor nok andel blir værende i opprinnelseslandet. Et bevisst forhold til tiltak mot *push*- og *pull*-effekter er avgjørende dersom målet er å gjøre noe for å endre og begrense den globale helsemigrasjonstrenden.

Vi kan unngå ekstrem fattigdom og en tilværelse for verdens fattigste under eksistensminimumet til Pogge. Dette kan vi få til ved å omstrukturere nasjonale og globale systemer slik at alle har reelle muligheter til å unnsnippe alvorlig fattigdom (Pogge 2005: 4). Norge har mulighet til ikke bare å avslutte rekrutteringsprosesser og utdanne helsearbeidere de har behov for selv, men også til å finansiere ytterligere utdanning for helsearbeidere i og til fattige land. Singer argumenterer for at vi skal hjelpe helt til vi selv vil få det verre ved å hjelpe mer. I forbindelse med hjerneflukt mener jeg dette er å gå litt langt, da dette vil ha unødige store og negative konsekvenser for helsetilbudet i rike land.

## Migrasjonsbegrensninger

Pogges teori viser at en aktiv arbeidsinnvandringspolitikk er mulig i helsesektoren, noe vi så i kapittel 3.3 at norske myndigheter også er enige i. Det forutsetter imidlertid at opprinnelseslandene til arbeidsinnvandrerne ikke befinner seg under grunnlinjen eller havner der som følge av omfattende emigrasjon. Gjennom globale strukturer har dette likevel vært tilfelle i en lang periode, også ved rekruttering til Norge. Rike land har mulighet gjennom sin dominerende posisjon i den globale strukturen til å forme den slik at rekruttering fra fattige land har vært relativt enkelt. Fattige land har derimot ikke vært i posisjon til å gjøre noe med det. Rekruttering av helsepersonell fra en helsesektor som allerede er på et grensenivå for befolkningens eksistensminimum vil være skadelig og galt. Migrasjonen må ikke skade den hjemlige helsearbeiderbemanningen slik at man risikerer å flytte resten av befolkningen under grunnlinjen.

Norge kan bidra til å endre både *pull*- og *push*-effektene som får helsearbeidere i fattige land til å migrere. En kombinasjon av ulike tiltak for endring av insentiver vil være fruktbart. *Pull*-effektene kan enkelt gjøres noe med ved at Norge for eksempel utdanner nok helsepersonell til å dekke eget behov. I forbindelse med tiltak mot særlig *push*-effekter vil det være behov for assistanse fra de rike landene i det minste i en oppstartsperiode, for eksempel gjennom subsidiering av lønninger, bidra til bedre teknisk kapasitet, bedre generelle arbeidsvilkår og politisk støtte og tilgang i internasjonale strukturer. En mulighet opprinnelseslandet har uten nødvendigvis å få hjelp fra rike land er å ta betalt for de som ønsker å emigrere, men da bryter man igjen prinsippet om at alle har rett til å forlate et land.

Et selektivt forbud mot at enkelte helsearbeidere skal få flytte på seg som de vil er problematisk, men både fattige og rike land har god mulighet til å sørge for å legge til rette for at migrantenes insentiver endres. Hvorvidt helse er så viktig at man kan pålegge helsearbeidere å måtte bli i fattige land, og dermed innskrenke retten til å migrere, er en vanskelig problemstilling. Et brudd på retten til migrering vil dessuten ikke gi så store positive konsekvenser for helsesektoren at migrasjonsforbud for helsearbeidere er tillatelig. Dersom migrasjonsbegrensninger og tiltak for å endre

insentiver til arbeidsmotivert migrasjon derimot kommer fra for eksempel Norge, sammen med eventuelle kompenseringstiltak, vil begrensninger kunne ha like store positive effekter uten å bryte med individers rett til selvbestemt migrasjon. At rike land gjør tiltakene for å endre skadelige faktorer, som de selv har påført, er forenelig med Pogge. Det er blant annet Norge som har påført de fattige skade og Norge har derfor en plikt til å kompensere for den skaden landet har påført.

Det må imidlertid understrekes at det ikke kun er negative konsekvenser ved hjerneflukt, det er ikke *alltid* en ulempe for fattige mennesker. Den enkelte migrant kan møte mye bedre arbeidsforhold i andre land, bedre lønns- og arbeidsbetingelser, mulighet for faglig utvikling, bedre levestandard og ikke minst mulighet til å sende penger tilbake til opprinnelseslandet. Det finnes altså mange enkelttilfeller hvor hjerneflukt medfører positive effekter, men totalt sett vil særlig fattige land, som ligger under eller i nærheten av grunnlinjen tape på mye hjerneflukt.

Utlendingsdirektoratets mulighet til å velge hvilke flyktninger som skal få oppholdstillatelse i Norge, som beskrevet i kapittel 3, bør ikke videreføres. Utvalgskriteriet for flyktninger bør først og fremst være behovet for beskyttelse, ikke hvorvidt de har helsefaglig eller annen kompetanse som vi har behov for. Vi kan også anta at mange flyktninger kommer fra områder med ustabile politiske og økonomiske rammer, hvor kravene til en situasjon over grunnlinjen ofte ikke er til stede for majoriteten av befolkningen. Der forutsetningene for et minimum av en levestandard ikke er til stede, vil rike land påføre befolkningen stor skade ved å fjerne de få helsearbeiderne som finnes. Dersom muligheten til prioritering er til stede så vil det alltid være en sjanse for at den brukes.

## **Andre tiltak**

Migrasjonsbegrensninger alene vil ikke være nok for å begrense eller stanse den store globale migrasjonstrenden blant helsearbeidere. Pogges fokus på negative plikter, som ble kritisert i kapittel 5, vil dessuten ikke kunne gjøre noe med det faktum at det globalt sett er et stort behov for *flere* helsearbeidere, selv med full kompensering for utnytting av arbeidskraft. Pogge trekker blant annet fram en rett til et minimum av helsetjenester i forbindelse med grunnlinjene. Et minimumstilbud innen helse kan ikke

erstattes av en kompensasjon som ikke sikrer akkurat dette. Mangel på helsepersonell vil vanskelig kunne kompenseres for ved kun å gi finansielle tilskudd og assistanse, det vil kreve handling gjennom for eksempel å legge til rette for økt utdanning innen helse. Tilgang til at globale institusjonelle beslutningsarenaer er et annet område Norge har mulighet til å bistå på.

Dersom kritikken av Pogge i kapittel 5 skal tas med i betraktningen av Norges forhold til rekruttering av helsepersonell fra fattige land, vil det ikke være nok å avvike rekruttering, eller sørge for tilstrekkelig kompensering, kun i de tilfellene hvor grunnlinjen brytes. Dersom Pogges grunnlinje er for lav og oppjusteres, vil skade regnes som moralsk relevant også dersom ikke eksistensgrunnlaget nødvendigvis trues. Flere kvalifiserer til å få hjelp, og Norge og andre rike land får en moralsk relevant negativ plikt overfor flere til å avstå fra å skade. Pogge mener antakelig også at skade kan være moralsk relevant også dersom de fattige landene befinner seg akkurat på grunnlinjen eller rett over.

Et annet aspekt ved kritikken var hvem som var moralsk ansvarlige for urett. I Singers syn vil Norge ha plikt til å hjelpe alle andre som har det verre enn oss når det gjelder helsepersonelldekning. Pogge mener kun vi har et ansvar for å kompensere de hvis helsearbeidere vi har rekruttert og hvor dette har medfulgt en situasjon under grunnlinjen for den resterende delen av befolkningen. Norges positive plikt til å assistere flere enn de vi har skadet, mener jeg det bør fokuseres mer på uten at plikten til å avstå fra å skade trenger å risikeres. Samtidig kan det fortsatt prioriteres å beholde en primær plikt overfor dem man selv har påført skade. Det vil med andre ord bli en utvidelse av pliktomfanget.

Det finnes store mengder tilgjengelige arbeidskraftressurser i fattige land, som ville komme til stor nytte i de respektive helsesektorene dersom et utdanningstilbud kom i stand. Støtte til utdanning er derfor et punkt hvor rike lands kompensering for ulike brudd på negative plikter som direkte eller indirekte har skadet de fattige landenes utdanningskapasitet kan få svært god effekt. Det bør også, dersom vi tar inn over oss kritikken av Pogge fra kapittel 5, være slik at rike land ikke bare sørget for å utdanne det helsepersonellet de selv har behov for, og kompenserte for de som de rekrutterte, men i tillegg skaper reelle studieplasser, og utdanner nok helsepersonell til

at de fattige landene også *øker* antall helsearbeidere. Dette blir en form for omvendt tradisjonell hjerneflukt, altså kompetanseoverføring fra rike til fattige land. Disse kan etableres i de fattige landene til en relativt lav kostnad for Norge. Både opprinnelseslandet og mottakerlandet til de nye helsearbeiderstudentene vil kunne få økt antall helsearbeidere ut av dette, og i tillegg vil individuelle rettigheter til å kunne velge å migrere ivaretas. Dette vil også stemme overens med resultatet fra diskusjonen omkring tilstrekkelig kompensering, som jeg har vist i kapittel 4. Samtidig som det rike landet også tjener på dette, unngår man også å kompromittere individuelle rettigheter.

Det kan stilles spørsmål om hvorvidt det er etisk forsvarlig for Norge å finansiere utdanning i fattige land som Norge samtidig har bruk for. Dersom nettoeffekten er en økning i antall helsepersonell i opprinnelseslandet, vil det ikke være noe problem at noen av disse migrerer til Norge. Hvis tendensen er at en for stor andel av disse migrerer slik at det ikke blir en nettoøkning i opprinnelseslandet, bør finansiering av utdanning også få følge av andre tiltak, som kan virke bremsende på *push-* og *pull-effektene*. Utdanning er ikke bare viktig for helsesituasjonen i et land, men også viktig i forhold til utvikling og vekst innen teknologi og innovasjon, noe som vil telle positivt for landets utvikling og fattigdomsbekjempelse (Giannoccolo 2004: 7).

## 7 Oppsummering

Helsepersonellmigrasjon *har* allerede store konsekvenser for fattige og deres helsetilbud, og kan fortsatt gjøre situasjonen i fattige land enda verre. Land som befinner seg under den Lockeanske grunnlinjen er de som i størst grad eksporterer denne arbeidskraften, og som samtidig har både lavest andel helsearbeidere i verden, samt laveste andel av verdens helsefinansiering. De fattige landene mister ikke bare skatteinntekter gjennom utstrakt hjerneflukt, men utdannede mennesker er også viktige for et lands utvikling og verdiskapning. Hjerneflukt vil således være en av faktorene i en ond sirkel. Dersom helsepersonelldekningen er lav, vil fattigdom og nød føre til utålelig press på helsesektoren, og flere helsearbeidere vil ønske å migrere til andre steder. Dette fører igjen til dårligere helsetilstand, større nød, større insentiv hos helsearbeidere til å migrere og lavere sjanse for å nå gitte utviklingsmål.

Rike, vestlige land har mer enn nok ressurser til å utdanne helsepersonell de har behov for selv, og de trenger ikke å rekruttere dem fra fattige land. Fattige land har ikke samme muligheten, og de taper på å måtte utdanne folk også til rike land. I Norge har det generelt sett lenge vært behov for flere leger, uten at utdanningskullene har økt. Etterspørselsgapet dekkes blant annet av utenlandsk arbeidskraft. Hvis bistand skal være mest mulig effektiv, vil det være lite strategisk samtidig å fjerne mange av de få ressurspersonene som faktisk finnes. Rekruttering eller godt tilrettelagte muligheter for migrasjon av mennesker med utdanning på områder som helse fra fattige til rike land vil få større betydning i fattige land enn i rike land.

Dersom Norge har vært med på å bryte en negativ plikt til ikke å skade de fattige landene, og dette har medført en helsepersonellkrise, har Norge en plikt til å hjelpe og til å få bukt med denne krisen ifølge Pogge. Ett av tiltakene Norge kan iverksette, som vil sørge for at de fattige landene lettere vil kunne holde på sine helsearbeidere, er at Norge sørger for å dekke etterspørsel etter helsearbeidere nasjonalt. I kombinasjon med å avvikle all aktiv rekruttering, vil dermed *pull*-effektene for hjerneflukt reduseres sterkt, og helsepersonell i fattige land vil ha svakere insentiv til å migrere. Mellomliggende plikter vil i andre omgang vise seg gjennom



kompensering for tidligere begått urett. I forbindelse med hjerneflukt burde man fokusere på tilskudd til utdanning og helse i de fattige landene.

Uten å løse helsepersonellkrisen vil vi ikke nå globale mål om helse- og fattigdomsrelatert problematikk. Jeg mener det er viktig å se både positive og negative plikter i sammenheng for å klare å hankses med det akutte behovet for flere helsearbeidere i fattige land. Likevel er det stor verdi i Pogges hierarkisering og fokus på negative plikter som viktigst. I Pogges forstand er positive plikter frivillige og noe man ikke er forpliktet til å fylle. Grensen mellom mellomliggende og positive plikter er likevel ikke alltid så lett å definere. Min egen tilbøyelighet til å vektlegge disse er sterkere enn den verdien Pogge tillegger dem, da han hovedsakelig ser positive plikter som kompensasjon for tidligere begått urett. Et fruktbart alternativ mener jeg vil være å justere Pogges grunnlinje oppover, slik at relevant skade omfatter mer enn kun et overlevelseshenning.

Pogge mener man kun har plikt til å hjelpe der man tidligere har påført skade og hvor dette har medført en posisjon under grunnlinjen, og at positive plikter til å hjelpe utover dette er en moralsk bra handling, men høyst frivillig. Jeg mener hans teori er et godt utgangspunkt, men har for svake krav når det kommer til hva Norges strategi i forhold til hjerneflukt *bør* være, utover kompensasjon etter skade.

En streng begrensning på immigranter med helsekompetanse kan modifiseres til et krav om at norske statlige og private aktører ikke aktivt bør rekruttere høyt utdannede mennesker fra fattigere land *kun* basert på nivå av utdanning og kompetanse, eller legge til rette for slik rekruttering. Det bør i første omgang alltid være et spørsmål om rekruttering skader eller ikke. Selektiv immigrasjon er moralsk greit i henhold til Pogges teori så lenge det forutsettes at man rekrutterer fra sektorer og områder som ikke vil skades av det. Hvis man likevel påfører skade gjennom rekrutteringen, må det kompenseres tilstrekkelig for skaden vi påfører sektoren og landet. Dersom Norge ikke tar hensyn til negative effekter i opprinnelseslandet er det ikke akseptabelt å drive selektiv immigrasjonspolitik.

Migrasjonsmønstre skapes kontinuerlig gjennom ulike kombinasjoner av *push*- og *pull*-effekter. Forflytningen av helsepersonell på tvers av landegrenser kan i særlig grad ha konsekvenser for et lands helsesituasjon, utvikling og

fattigdomsreduksjon. Uten en viss satsning på helsesektoren og helsepersonell til å drive den, vil nød og sykdom ikke reduseres. Norge har mulighet til å gjøre mer enn de per dags dato gjør i forhold til disse problemene, uten at det i betydelig grad vil gå ut over nasjonale forhold. Et av tiltakene Norge kan og bør gjøre for å forbedre helsesituasjonen i fattige land er å innføre flere tiltak for å begrense, eller i så stor grad som mulig avvikle, rekruttering av helsepersonell fra fattige land.



# Litteraturliste

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. 2008. "Tiltak for å begrense hjerneflukt fra fattige land". Pressemelding, Nr.: 38/6, 18.04.2008. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/pressepenter/pressemeldinger/2008/tiltak-for-a-begrense-hjerneflukt-fra-fa.html?id=508305> [oppsøkt 23.03.2010].
- Ashford, Elizabeth. 2009. "The Alledged Dichotomy between Positive and Negative Rights and Duties", s. 145–156, i *Absolute Poverty and Global Justice. Empirical Data - Moral Theories – Initiatives*, redigert av Elke Mack, Michael Schramm, Stephan Klasen og Thomas Pogge. Farnham: Ashgate.
- Banik, Dan. 2010. *Poverty and Elusive Development*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brown, Chris. 2002. *Sovereignty, rights and justice: international political theory today*. Cambridge: Polity Press.
- Changemaker. 2008. "Stans hjernetyveri". Tilgjengelig fra <http://www.changemaker.no/Politikk/Tidligere-kampanjer-/Tidligere-kampanjer/Stans-hjernetyveri/> [oppsøkt 23.03.2010].
- Changemaker. 2009. "Dette mener Changemaker om rekruttering av helsepersonell". Tilgjengelig fra <http://www.changemaker.no/Politikk/Hiv-og-aids/Mangel-pa-helsehjelp/Changemakers-politikk/> [oppsøkt 23.03.2010].
- Collier, Paul. 2008. *The Bottom Billion*. New York: Oxford University Press.
- Den norske legeforening. 2010. "Legestatistikk per. 22.mars 2010". Tilgjengelig fra <http://legeforeningen.no/id/18> [oppsøkt 23.03.2010].
- Espelid, Jon. 2010. Avdeling for internasjonalt arbeid, Helse- og omsorgsdirektoratet. Personlig korrespondanse per mail, 28.09.2010.
- Evans, Graham og Jeffrey Newnham. 1998. *The Penguin Dictionary of International Relations*. London: Penguin Books.
- FN-sambandet. 2010. "FNs tusenårsmål". Tilgjengelig fra <http://www.fn.no/Temaer/OEkonomisk-og-sosial-utvikling/FNs-tusenaarsmaal> [oppsøkt 01.06.2010].
- Giannoccolo, Pierpaolo. 2004. *The Brain Drain. A Survey of the Literature*. Department of Economics. Alma Mater University of Bologna.

- Gjersvik, Petter. 2005. "Fra redaktøren: Fattige land tappes for helsepersonell", *Tidsskrift for Den norske Legeforening* (16).
- Glendon, Mary Ann 2001. *A World Made New: Elanor Roosevelt and the Universal Declaration of Human Rights*. New York: Random House.
- Helsedirektoratet. 2008. *Skapes helse, skapes velferd – helsesystemets rolle i det norske samfunnet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. 2009a. *Migrasjon og helse. Utfordringer og utviklingstrekk*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. 2009b. *Utdanne nok og utnytte godt – innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Huseby, Robert. 2008. "Duties and Responsibilities Towards the Poor", *Res Publica* 14:1–18.
- Koller, Peter. 2009. "On the Concept of Global Justice", s. 103–111, i *Absolute Poverty and Global Justice. Empirical Data – Moral Theories – Initiatives*, redigert av Elke Mack, Michael Schramm, Stephan Klasen og Thomas Pogge. Farnham: Ashgate.
- Masselink, Leah E. og Shoou-Yih Daniel Lee. 2010. "Nurses, Inc.: Expansion and commercialization of nursing education in the Philippines", *Social Science & Medicine* 71 (1):166–172.
- Ministers of Foreign Affairs, Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa og Thailand. 2007. "Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time", *The Lancet* 369 (9570):1370–1378.
- Moellendorf, Darrel. 2009. "Absolute Poverty and Global Inequality", s. 121–132, i *Absolute Poverty and Global Justice. Empirical Data – Moral Theories – Initiatives.*, redigert av Elke Mack, Michael Schramm, Stephan Klasen og Thomas Pogge. Farnham: Ashgate.
- OECD. 2008. *The Looming Crisis In the Health Workforce – How Can OECD Countries Respond?*, *OECD Health Policy Studies*.
- Pires, Armando J. Garcia. 2008. *Migration Policy, Illegal Migrants, Self-Selection and Brain Drain*. Bergen: Norwegian School of Economics and Business, Institute for research in economics and business administration: SNF Working Paper.

- Pogge, Thomas W. 2004. "'Assisting' the global poor", s. 260–288, i *The Ethics of Assistance. Morality and the Distant Needy*, redigert av Deen K. Chatterjee. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pogge, Thomas W. 2005. "World Poverty and Human Rights", *Ethics and International Affairs* 19 (1):1–7.
- Pogge, Thomas W. 2007a. "Introduction", s. 1–10, i *Freedom From Poverty as a Human Right: Who Owes What to the Very Poor?*, redigert av Thomas Pogge. New York: Oxford University Press.
- Pogge, Thomas W. 2007b. "Severe Poverty as a Human Rights Violation", s. 11–53, i *Freedom from Poverty as a Human Right: Who Owes What to the Very Poor?*, redigert av Thomas W. Pogge. New York: Oxford University Press.
- Pogge, Thomas W. 2008. *World poverty and human rights: cosmopolitan responsibilities and reforms*. Cambridge: Polity Press.
- Pogge, Thomas W. 2009. "Medicines for the World: Boosting Innovation without Obstructing Free Access", s. 193–217, i *Absolute Poverty and Global Justice. Empirical Data – Moral Theories – Initiatives*, redigert av Elke Mack, Michael Schramm, Stephan Klasen og Thomas Pogge. Farnham: Ashgate.
- Shue, Henry. 1996. *Basic Rights: Subsistence, Affluence and US foreign policy*. 2 utg. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Singer, Peter. 1972. "Famine, Affluence and Morality", *Philosophy and Public Affairs* 1 (1):229–243.
- Singer, Peter. 1979. *Practical ethics*. New York: Cambridge University Press.
- Singer, Peter. 2004a. *One World: The Ethics of Globalization*. New Haven: Yale University Press.
- Singer, Peter. 2004b. "Outsiders: our obligations to those beyond our borders", s. 11–32, i *The Ethics of Assistance. Morality and the Distant Needy*, redigert av Deen K. Chatterjee. Cambridge: Cambridge University Press.
- Skjeseth, Heidi Taksdal. 2007. "Kampen om hjernene". *Verdensmagasinet X*. 16.12.2007. Tilgjengelig fra <http://www.xmag.no/id/108> [oppsøkt 23.03.2010].
- Sosial- og helsedirektoratet. 2007. *En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

- Tesón, Fernando R. 2008. "Brain Drain", *San Diego Law Review*, FSU College of Law, Public Law Research Paper Nr. 332 45 (4):899–932.
- Utenriksdepartementet. 2009a. *Menneskerettighetenes plass i Norges utenriks- og utviklingspolitikk*. Oslo: Utenriksdepartementet.
- Utenriksdepartementet. 2009b. *Norsk humanitær politikk i 2008*. Oslo: Utenriksdepartementet.
- Utenriksdepartementet. 2010. "Sentrale menneskerettigheter". Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ud/tema/menneskerettigheter/internasjonale-menneskerettighetssysteme/norges-mr-forpliktelser---regelverk-og-t/sentrale-rettigheter.html?id=449368> [oppsøkt 01.06.2010].
- Varden, Arve. 2008. *Rekruttering av helsepersonell fra Polen*. I Innlegg ved Fafo Østforums seminar: *Rekruttering av høykvalifisert arbeidskraft fra utlandet: Muligheter og utfordringer*, 17.11.2008.
- WHO. 2006. *The World Health Report 2006: Working together for health*. Genève: World Health Organization.
- WHO. 2008. "A World Health Organization code of practice on the international recruitment of health personnel. Background paper", *Bulletin of the World Health Organization* 86 (10/Okttober):737–816.
- WHO. *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. World Health Organization, 29.09.2010 2010. <http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/index.html> [oppsøkt 29.09.2010].